

Die Fremdkörper des Uterus.

Zusammenstellung von 550 Beobachtungen aus der Literatur und Praxis.



Dem

VII. Congress

der

Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie

gewidmet

von

Dr. med. Franz Ludwig Neugebauer

Vorstand der gynaekologischen Klinik des Evangelischen Hospitals in Warschau u. Stadt-Accoucheur. Mitglied der Warschauer Aerztl. Gesellschaft, der deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie, der British Gynaecological Society, Ehrenmitglied der New York Obstetrical-Society, Correspondirendes Mitglied der Aerztl. Gesellschaften in Kalisch, Łodz, Moskau, Posen, Prag, Tiflis, Wilna, der Société Anatomique in Paris, der Société Anatomo-Pathologique in Brüssel, der Königl. Belgischen Akademie der Wissenschaften, der Gesellschaften für Geburtshilfe u. Gynaekologie in: Amsterdam, Brüssel, Dresden, Edinburgh, Hamburg, Kijew, Köln, Krakau, Leipzig, Madrid, Moskau, Paris, Petersburg, Philadelphia u. Rom.

Breslau 1897.

Verlag von Preuss & Jünger

Schmiedebrücke 29 a.

Dem

VII. Congress

der

Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie

gewidmet

von

Dr. med. Franz Ludwig Neugebauer

Vorstand der gynaekologischen Klinik des Evangelischen Hospitals
in Warschau.

Meine Herren!

Die theoretischen Lehrbücher können ihrer Bestimmung und ihrem Umfange nach die einzelnen Abschnitte der Pathologie nur von allgemeinen Gesichtspunkten aus schildern und ein Gesammtbild des gegenwärtigen Standes dieser oder jener Frage geben, ohne gar zu weit in die Einzelheiten einzugehen. Namentlich gilt dies von der Therapie, die wohl in allgemeinen Zügen die Grundprincipien unseres Vorgehens schildern wird, aber nicht die für jeden einzelnen Fall passende Behandlung lehren kann. Wenn irgendwo, heisst es in der Therapie individualisiren! Der theoretisch gut geschulte Arzt wird in der Praxis oft genug in diagnostischer und therapeutischer Beziehung auf ungelöste Räthsel stossen, angenehme und unangenehme Ueberraschungen stehen Jedem bevor, lehrreiche Erfahrungen, welche nur die ausübende Praxis mit sich bringt, die aber nicht aus dem theoretischen Handbuch zu lernen sind. Diesen rein praktischen Unterricht, der von einer unermesslichen Tragweite ist, bringt nur die eigene Praxis allein und das Studium der fremden Casuistik, der unsere modernen Lehrbücher leider nicht den ihr gebührenden Raum gewähren. Es ist darum von Werth, von Zeit zu Zeit die Casuistik der einzelnen Gebiete der Pathologie synoptisch zusammenzustellen. Wie in einem Kaleidoskop wechseln die Bilder, eines vom anderen grundverschieden, und erweitern unseren Gesichtskreis.

Im Vorliegenden soll ein Bild der heutigen Casuistik der Fremdkörper des Uterus geliefert werden, eines Abschnittes, der in den Handbüchern ganz besonders stiefmütterlich behandelt wird, obgleich diese Casuistik keineswegs so spärlich ist als allgemein angenommen wird, und in gleichem Grade interessant als praktisch lehrreich ist.

In das Gebiet der Fremdkörper des Uterus gehören:

I. Von aussen her in die Uterushöhle absichtlich eingeführte oder zufällig eingedrungene Fremdkörper, Pessarien, Instrumente, Sonden, allerhand behufs Aborteinleitung und Masturbation eingeführte Fremdkörper.

II. Parasiten in der Uterushöhle: Echinococcus u. s. w.

III. Aus dem Körper auf dem Wege der Perforation der Uteruswand in die Uterinhöhle eingetretene Fremdkörper: Faeces, Harn, Eiter, Producte durchgebrochener Neoplasmen, Ovarialcysten, Extrauterinschwangerschaften, parametritischer Abscesse.

IV. Nach Uterusruptur oder instrumenteller Perforation in den Uterus eingetretene Darmschlingen.

V. In der Uterushöhle retinirte Secrete und deren Producte bei Haematometra, Lochiometra, Hydrometra, Pyometra und die Gasansammlung bei Physometra.

VI. Vom Uterinmutterboden gebildete und theilweise gelöste Neoplasmen und deren Verkalkungsproducte, die sog. Uterussteine.

VII. Die sogenannten Haargeschwülste des Uterus.

VIII. Retinirte Schwangerschaftsproducte bei missed abortion, missed labour, Zurückhaltung abgestorbener Früchte, einzelner Fruchttheile, der Placenta, Eihäute u. s. w.

Der vorliegende Aufsatz behandelt die Casuistik der eben genannten Fremdkörper des Uterus mit Ausschluss der V. Gruppe. Die Casuistik des Eintretens von Darmschlingen in den Uterus nach Ruptur sub partu zusammenzustellen, hatte ich noch keine Gelegenheit, die Retention von Blut, Schleim, Eiter und Gasen dürfte besser von anderem Gesichtspunkte aus betrachtet werden.



I. Gruppe.

1. **Biggs** (Brit. Med. Journ. 30. I. 1886): Maw's pessaire à cupule einer älteren Dame wegen Vorfall des Uterus eingelegt, Stiel durch Bauchbinde mit Dammschlinge gestützt. Nach 2 Wochen konnte die Dame das Pessar nicht mehr herausziehen, Ausfluss. Die Kuppel des Pessars war in die Uterushöhle eingedrungen und der Stiel vom Mutterhalse umschlossen. B. entfernte nicht ohne Schwierigkeiten das Pessar, es hinterblieben keinerlei üble Folgen.

2. **Naylor Bradfield** (The Amer. Journ. of Obst. etc. 1878, Vol. XL p. 569) hatte Gelegenheit, aus der Uterushöhle ein 25 Jahre zuvor in dieselbe eingedrungenes Glaspessar zu entfernen: „a vaginal glas stem". Dr. Underwood, 1877 zu der Kranken geholt, fand einen runden, glatten harten Körper, der, von den Muttermundslippen eng umschlossen, theilweise aus dem Muttermunde hervorragte und eine untere concave Fläche darbot. Unter Narkose Extraktion eines eigenthümlichen Glaspessars von $4^3/_8$ Zoll Länge, bestehend aus einem Glasstabe von $3^1/_2$ Zoll Länge und $^5/_8$ Zoll Breite. Am oberen Ende befand sich ein runder flacher Teller von $1^1/_4$ Durchmesser und $^1/_{12}$ Zoll Dicke, am unteren Ende eine breite ringförmige Verdickung von $2^1/_8$ Zoll Durchmesser. Dieses Pessar stak $4^1/_4$ Zoll tief im Uterus darin. Anfangs wusste die Kranke keinerlei Angaben zu machen, später aber fiel ihr ein, dass vor 25 Jahren ein Dr. Gray bei ihr eine Operation ausgeführt haben wollte, welcher Art aber habe sie vergessen. Wahrscheinlich hatte der Arzt infolge von Unkenntniss das Pessar falsch eingeführt, das hier untere Ende sollte zuerst als oberes eingeführt werden und in seiner Concavität die Vaginalportion aufnehmen, das hier obere, de facto aber untere Ende, der flache Knopf am unteren Ende des Pessarstabes sollte wohl zur Fixation an einer Bauch- und Dammbinde dienen zwischen den Schenkeln ähnlich Wadsworth's Pessar. Wahrscheinlich, meint Bradfield, hat Dr. Gray das dünne Ende des Pessars zuerst in die Scheide eingeführt, das dann durch die lacerirte Cervix in den Uterus eindrang. Gaillard Thomas war allerdings anderer Ansicht. Interessant ist das lange Verweilen des Pessar im Uterus, ohne Beschwerden zu veranlassen.

3. **Buckle** (Louisville Med. News 1882. XIII, 39): „Cup pessary retained in the uterus for several weeks, removed by an operation." Entfernung operativ.

4. **Dieffenbach** („Ueber Mutterkränze und Radicalkur des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles", Medicin. Zeitung 1836, V. Jahrg. No. 31 S. 151) fand bei der Section einer sehr alten Frau, welche von vieljährigem Unterleibsleiden gequält war, einen inkrustirten Mutterkranz in der Uterushöhle.

5. **H. Heiman**: „Removal of a pessary from the ditated cervical canal of a seventy-years old woman.“ (Med. Record. Vol. XLV 1894 p. 347.)

6. **Herzfeld** (Centr. f. Gyn. 1893 No. 26 u. 27) beschrieb folgende Beobachtung: 77 jährige XVI para, bittet ein seit 5 Jahren von ihr benutztes Breisky'sches Eipessar zu entfernen, da sie es seit 5 Monaten nicht mehr zu extrahiren vermag. Die Frau sagt aus, das Pessar sei irgendwohin in die Höhe getreten, so hoch, dass sie es nicht mehr mit dem Finger zu erreichen vermöge, ja es scheine ihr, dass zwischen dem Pessar und dem Finger sich ein Membran befinde. Das Pessar war durch Druck von unten her angesichts der zunehmenden Altersschrumpfung der Vulva und Scheide in den Uterus hineingepresst worden und lag jetzt in der Uterushöhle, der Mutterhals liess knapp einen Finger ein, der in der Höhe von 1 cm auf den Fremdkörper stiess. Schauta zog unter Narkose das Collum uteri herab, machte eine bilaterale Discision, brannte dann mit dem Thermokanter 2 Löcher in das Pessar, führte eine Schultze'sche Polypenzange ein und brach damit ein Stück der Pessarwand heraus. Das Pessar wurde durch Morcellement entfernt; es war 6 cm breit gewesen.

7. **Koeuffer** (Berlin. Klin. Woch. 1878 ?) extrahirte ex utero einen Theil eines Roser'schen Pessars, das ohne üble Folgen 4 Monate in utero verweilt hatte (siehe J. Caraës: „Les corps étrangers de l'utérus.“ Thèse. Paris 1894 p. 37 ff.). Es handelte sich um eine Art Blechring von 16 cm Umfang und 1 cm Dicke, das Lumem des Ringes enthielt eine Platte, die eine 7 mm weite Oeffnung enthielt. Die 23 jährige, I para, hat sich vor 6 Monaten, $^1/_2$ Jahr nach der Entbindung, wegen Senkungsbeschwerden den Ring einlegen lassen. Regeln normal; man fand das Pessar vom Mutterhalse fest umschlossen. Die Platte lag horizontal. Extraction gelang erst nach Incision der vorderen und hinteren Muttermundslippe; schnelle Genesung. (Bericht bei C. lückenhaft und ungenau.)

8. **Leegert** (siehe J. Diefenbach: „Fremdkörper in den weiblichen Genitalien und der Harnblase.“ I.-D. Berlin 1890) in Berlin sah eine Kranke mit wegen prolapsus uteri in die Scheide eingeführtem Pessar, das, ohne eigentlich nachtheilige Empfindung für die Frau, 40 Jahre im Uterus verweilt hatte.

9. In **N. J. Rust's** Magazin für die gesammte Heilkunde, Bd. XIV, Berlin 1823, S. 519, wird folgender Fall aus der Berliner Charité mitgetheilt: Eine Frau, die lange Zeit ein Pessar trug, kam wegen Blutungen in das Spital. Man entdeckte ein eingewachsenes, von Wülsten umgebenes Pessar. Mit Hilfe einer Steinzange bröckelte man einzelne Stücke davon ab. Diese Versuche, das Pessarium so zu verkleinern, wurden mit unendlicher Mühe, bei dem Ausfluss einer mit Blut und Jauche gemischten, pestartig stinkenden Materie wiederholt. Nachdem der letzte Rest nicht mehr mit der Zange gefasst werden konnte, wurde ein mässig grosser Steinlöffel eingeführt und vermittelst desselben die zurückbleibende Masse hebelartig aus ihrer Lage gehoben und, nachdem dies gelungen und sie sich leichter fassen liess, ward die Zange noch einmal eingebracht und die einzelnen Stücke entfernt. Die Menge der bei diesem Versuche entstandenen Fragmente wurde durch Einspritzungen von Wasser entfernt. Die nach der Entfernung des Pessars angestellte Untersuchung ergab, dass dasselbe auf eine höchst ungeschickte und unpassende Weise innerhalb des Os uteri gebracht worden war und eigentlich dessen Labia die Wulst gebildet hatten. Bei der hierauf augestellten Nachfrage ergab sich, dass der Mutterkranz bald nach der Entbindung von einer Hebamme eingeführt worden war.

10. **Spancken** (Archiv f. Gyn. 1881, XVII. Bd., S. 128: „Fall von Prolapsus uteri gravidi gefolgt von eigenthümlicher Einklemmung eines nach dem

Puerperium angewandten Hysterophors."): Multipara mit Prolapsus uteri, erst Mayer'scher Ring, später im Wochenbett Zwanek-Schilling, aber nicht vertragen, also 6 Wochen post partum v. Scanzoni's Bandage, anfangs gut vertragen, aber nach 6 Wochen war die 5 cm breite Platte, die auf dem Stiele des Pessars sass, in die Gebärmutter eingedrungen und eingekeilt, der Stiel mit der Platte hatte sich von der Pelotte abgelöst und war 7 cm hoch in die Cervix eingedrungen, aus dem Vaginalpessar war ein intracervicales geworden. Die Ränder der Platte waren schon so überwuchert von der Cervicalschleimhaut, dass an einfache Extraction nicht zu denken war. Bei den Versuchen löste sich gar der Stiel von der Platte und jetzt war nicht einmal eine Handhabe vorhanden. Versuch, Muzeux's Zange in das Loch der Platte einzuhaken, aber Blutung. Am nächsten Tage gelang es die Platte auf die Kante zu kippen und durchzukneipen. Blutung stand auf Irrigation. Später einfach T-binde.

11. **Pargamin** („Haargeschwulst in utero", Wracz 1884, p. 63) wurde zu der Frau des Schneiders des holländischen Wandercircus von Luftmann geholt, die einen jauchigen Ausfluss haben sollte, und war sehr erstaunt, aus der Scheidenöffnung ein Conglomerat von Haaren herausragen zu sehen, die von schmutzigem Ausfluss, der sehr übel roch, verklebt waren. Er zog daran, aber vergeblich, da führte er den Finger in die Scheide ein und fand, dass diese „Geschwulst" in die vergrösserte Gebärmutter heraufreiche. Nachdem er den Zeigefinger der rechten Hand in die Uterushöhle eingeführt, gelang ihm endlich die Extraction des $^1/_2$ Pfund schweren Haarballens. Die Haare hatten genau dieselbe Farbe, wie die auf einem Tische im selben Zimmer der Circusgarderobe liegenden Bärte, Perrücken der Clowne. Wie diese Haare in uterum gelangt sind, konnte Pat. nicht aufklären.

12 u. 13. **Montané** („Une sangsue dans l'utérus." Progr. med. de la Habana. — Ref.: Rép. univ. d'obst. et de gyn. Paris 1891, No. 8, p. 122): Während M. einer Frau Blutegel an die Vaginalportion setzte, wurde durch heftiges Niessen das Speculum aus der Scheide geschleudert, beim Wiedereinführen sah M. einen Blutegel im Cervicalcanal verschwinden. Er kam aber bei Ausspülung mit schwacher Carbollösung wieder heraus. — M. theilt noch einen ähnlichen Fall mit aus der Praxis eines Kollegen, wo die Frau an heftigen Schmerzen und allgemeinen Krämpfen erkrankte, die erst nach 3 Stunden nachliessen, als der gesättigte Blutegel spontan herauskam. — Dergleichen Beobachtungen wurden früher öfter gemacht, jedoch nicht immer veröffentlicht.

14. **C. Metzlar** („Beitrag zur Casuistik der corpora aliena" — Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Vol. II, No. 16) entfernte einen Fangball, der vor mehr als 9 Jahren in die Scheide eingeführt und in den Cervicalcanal eingedrungen war in dem er sich ganz versteckt hatte.

15. **Martin** (Lancette française 1838, No. 3, Jan. 6 — siehe Meissner, l. c. p. 119, Bd. II) berichtet folgende Beobachtung: Eine seit mehreren Monaten an Ischurie leidende Frau verschaffte sich Harnabfluss durch Einführung einer Thonpfeife. Ein 3" langes Stück soll dabei abgebrochen und in der Harnblase geblieben sein, später aber durch die Gebärmutter wieder entfernt worden sein. Colombat hält es für nicht erwiesen, ob hier der Fremdkörper durch Perforation aus der Blase in den Uterus gelangt sei oder nicht etwa irrthümlich von der Frau das Pfeifenröhrchen direct in den Uterus gebracht und dann abgebrochen sei.

16. **Lisfranc** (Clinique de la Pitié. Tome II): Eine Frau führte sich während der Periode eine „tige de roseau" in den Uterus ein. Zunächst keine Folgen, da der Uterus an Einführung von Fremdkörpern gewöhnt schien,

bei der nächsten Periode aber heftige geburtswehenartige Schmerzen. Uterus vergrössert. Collum hypertrophisch wie im 2. oder 3. Schwangerschaftsmonate, aber geschlossen. L. glaubte im Muttermund etwas Fremdes zu tasten, wischte im Speculum den Schleim aus, fand aber nichts. Er erhob also die vordere Lippe mit einer Zange, führte eine stumpfe Sonde ein und fühlte und sah alsbald die Gegenwart eines in der Uterinhöhle fest eingebetteten fremden Körpers. Gezahnte Zange fasst den Rand des Fremdkörpers, gleitet aber zweimal ab, endlich gelingt die Extraction unter Entleerung stinkender, schwarzgrüner Blutklumpen. Schmerzen liessen nach, der Uterus contrahirte sich, die nächste Periode war etwas zu abundant, Uterus leicht geschwollen, aber Genesung. Die „tige de roseau" war 3 cm lang und kleinfingerdick, mit kalkigen Concrementen incrustirt. Es handelte sich also um einen hölzernen Fremdkörper, einen Ast eines Rosenstammes (?).

17. **Hjertström** („Fall von einem Fremdkörper der Gebärmutterhöhle bei einer Geisteskranken." Hygiea 1883, Juni, Bd. XLV, No. 6 — ref. Centr. f. Gyn. 1884, No. 6, S. 94): 49jährige unverheirathete Arbeiterin, die dreimal geboren hatte, zum letzten Male vor 12 Jahren, litt seit der Pubertät an periodischer Manie. Im Spital bemerkte man im Frühjahr 1882 einen stinkenden Ausfluss, weshalb eine Untersuchung, als wieder einmal eine ruhigere Periode kam. Man constatirte einen Fremdkörper in utero, wahrscheinlich eine cylindrische, metallische Hülse. Nach wiederholter Laminaria vergebliche Extractionsversuche, man fand jetzt, dass die Hülse nach oben wie einen Kragen hatte, der in der Gebärmuttersubstanz eingebettet war. Erst am nächsten Tage gelang mit Mühe nach Einschnitten die Extraction. Es war das obere abnehmbare Ende eines Leuchters; der untere cylindrische Theil war 1,5 cm lang und 2 cm breit, der obere kragenförmige Theil mit sanft umgebogener Kante hatte einen Druchmesser von 4 cm. Pat. verneinte irgend etwas von diesem Fremdkörper zu wissen. H. meint wegen der Grösse, der Fremdkörper müsse kurz nach der Geburt eingebracht sein, müsse also 12 Jahre in utero verweilt haben. — Genesung.

18. **Brugnatelli** (Grundriss d. path. Anat. Aus dem Französischen von F. W. Becker. II. Th. Leipzig 1890, 8, S. 397) fand in utero einen 2 Unzen schweren Stein aus phosphorsaurem Kalk, der sich in der Gebärmutter über ein Stückchen der Tibia eines Hühnchens, das behufs Aborteinleitung eingeführt war, gebildet hatte.

19. **Walk** („Zur Casuistik der Fremdkörper des Uterus." Journ. f. Geb. u. Fr. [Russisch] 1896, S. 775.) 40jährige Frau trat wegen Leibschmerzen und Harnfluss ein am 1. December 1895. Jauchiger Ausfluss von urinösem Geruche. Colossale Empfindlichkeit der Scheide, der Finger dringt in das nach hinten gerichtete Collum ein und tastet einen Fremdkörper. Fundus wegen der enormen Schmerzhaftigkeit nicht abzutasten. Geburtsähnliche Wehen während der Untersuchung, die aber auch spontan auftreten. Scheidenwände hier und da ulcerirt mit grauem Belage, hier und da narbig verändert, besonders an der vorderen Wand. Aller Harn fliesst aus dem Uterus aus neben Ichor. Das per urethram eingeführte Katheter weist einen wie einen Stein harten Fremdkörper nach. Die Frau hat 4mal geboren, zuletzt vor 10 Jahren, dann Prolapsus uteri und dagegen eine Fadenrolle als Pessar eingelegt. 6 Jahre lang keinerlei Störung noch Behinderung des Coitus. Seit 3 Jahren etwa zeitweilig Harnträufeln aus der Scheide, obwohl der meiste Harn normal entleert wurde. Jetzt Suppressio menstruationis. Seit 9 Monaten vermisste die Frau ihre Rolle in der Scheide und wusste nicht, wo sie hingekommen sei. Allmählich wehenartige

Schmerzen, Appetitmangel, Schwäche, seit 3 Monaten reichlicher Abfluss von Harn mit Jauche und Aufhören der normalen Harnentleerung. Brennen in der Scheide, Ekzema urinosum. Am 2. December gelang es, mit Kornzange einen Theil des Fremdkörpers zu entfernen. — 8. December sub narcosi Harnröhre erweitert, der Finger tastet einen harten, festsitzenden Körper in der Blase, der ebenso durch das Collum uteri zu betasten ist. — Da eine Extraction per urethram misslang, wurde das Collum dilatirt und nun mit grosser Mühe in einzelnen Stücken die hölzerne incrustirte Fadenrolle entfernt. Darauf eine fingerweite Uterovesicalfistel entdeckt dicht oberhalb des Ueberganges des Collum in das Corpus uteri. Die vordere Uterinwand fest mit der Blase verwachsen, so dass eine künstliche Retroversion nicht gelingt. Bei Spülung entleeren sich eine Menge Harnsand, Gewebsdetritus, Eiter und Partikel des Fremdkörpers. Da die Vaginalportion nach hinten sah und der hinteren Vaginalwand anlag, staute sich der Harn immer wieder aufs Neue in utero und stürzte hervor, sobald bei Untersuchung der Finger die Vaginalportion nach vorn schob. Verweilkatheter nicht vertragen, nur bei Seiten- oder Bauchlage floss der Harn per urethram ab. Die Kranke verweigerte die Hysterokleisis und wurde am 23. December in gebessertem Zustande entlassen. Walk nimmt an, das Pessar habe nach 6jährigem Verweilen in der Scheide zunächst eine Vesicovaginalfistel hervorgerufen, die möglicherweise dann vernarbt sei, dann sei es in uterum geglitten und habe hier eine Druckusur der vorderen Wand, entzündliche Obliteration der Excavatio vesicouterium und schliesslich die Vesicouterinfistel hervorgerufen.

20. **H. Weber** („Fremdkörper im Uterus.“ N. J. Med. Monatsschr. Bd. I, Heft I).

21. **Adamson** (Medical Record 1884, No. 3): Eine verheirathete Frau hatte sich behufs Aborteinleitung eine Haarnadel in den Uterus eingeführt. Nach 8—10 Tagen erst wurde der Fremdkörper extrahirt nach Dilatation des Mutterhalses, Extraction ohne Schwierigkeiten mittels Kornzange.

22. **O. Bunge** („Fremdkörper im Uterus.“ Deutsche med. Woch. 1891. No. 5 — siehe Centr. f. Gyn. 1891, No. 26, S. 559): Eine 3 Monate Schwangere stiess sich behufs Aborteinleitung eine Haarnadel in den Uterus ein und konnte sie nicht wieder herausbekommen. In der folgenden Nacht Abort, kein Fieber. 12 Tage später Leibschmerz in der Blasengegend, Dysurie und geringe Blutung. Nach Herabziehen der Vaginalportion ohne Dilatation Nadel in der Gegend des inneren Muttermundes gefasst und extrahirt durch A. Martin. Die Nadel hatte sich wahrscheinlich subserös eingespiesst.

23. **Fruitnight** (The Amer. Journ. of Obst. 1887, Juni, p. 587 — siehe Caraës, l. c. p. 44): 24jährige Mutter zweier Kinder, jetzt $2^1/_2$ Monate schwanger, kommt in grösster Aufregung in die Sprechstunde zu Dr. Fr. und erzählt, sie habe sich, um die Schwangerschaft zu beseitigen, dem Rathe einer Freundin folgend, eine Haarnadel in den Uterus eingeführt. Die Haarnadel war hakenförmig gekrümmt, die Zinken $4^1/_2$ und $1^1/_2$ Zoll lang. Vergeblich bemühte sich, trotz leichter Einführung, die Dame, die Nadel wieder herauszuziehen, endlich Blutung und grosser Schrecken! 7 Stunden später in die Klinik gebracht. Vergebliche Extractionsversuche. Narkose, Speculum bivalvum, da erblickte Fr. eine Zinke der Haarnadel in vagina. Vergeblich zog er manuell daran, also Kornzange, endlich ein Ruck, ein Hinderniss gab nach und die Nadel war extra vulvam. Die kürzere Zinke bildete mit der längeren einen rechten Winkel. Die ziemlich starke Blutung sub extractione beruhigte sich bald. Bettruhe, Morphium, merkwürdigerweise wurde die Schwangerschaft nicht unterbrochen und fand Fr. nach einem Monate dieselbe zeitgemäss fortgeschritten.

24. **Mescheede** (Verein f. Wissenschaft, Heilkunde. Königsberg 1873) fand bei der Autopsie der Leiche einer 41jährigen Wittwe im Hospital zu Schwetz eine Haarnadel in der Uterushöhle. Diese Frau trat mit chronischem Gelenkrheumatismus und Hysteroepilepsie behaftet in das Hospital ein. Rhachialgie, Contractur im Hüftgelenk, Tenesmen. Irreponibler Uterusvorfall. Perianaler Abscess, erfolgreiche Operation einer Analfistel. Dysenterie, Tod. Chronische Endometritis soll einen prolongirten Aufenthalt der Haarnadel in utero beweisen. Der Fremdkörper soll Uterincontractionen und allgemeine convulsivische Phaenomene hervorgerufen haben (cit. nach Caraës, l. c.).

25. **Morestin** (Bullet. de la Soc. Anat. de Paris. 1893, Décembre — siehe Centr. f. Gyn. 1894, No. 43, S. 1086): Ein Mann hatte behufs Wollusterregung einer 25jährigen Frau eine Haarnadel in die Gebärmutter gesteckt. Die Untersuchung ergab normale Verhältnisse, und erst nach Dilatation der Cervix konnte mittels Pincette die Haarnadel, mit ihrem Knie voran, extrahirt werden. Schwangerschaft war nicht vorhanden. Doch liegt die Vermuthung nahe, dass die Person mit jener Manipulation eine gefürchtete Schwangerschaft beseitigen wollte. Die Palpation hatte den Fremdkörper nicht nachzuweisen vermocht, sondern erst die Sonde. Die Spitzen der Nadel waren nach aussen gerichtet. Nadel 6 cm lang. Genesung.

26. **Partridge** (Amer. Journ. of Obst. 1885): Eine 34 Jährige, Mutter eines Kindes, hatte bereits 7 mal abortirt, wie es scheint künstlich. Abermals schwanger sich wähnend, führte sie eine Haarnadel in den Uterus ein, letztere entglitt ihren Fingern und drang tief in den Uterus ein. Die Frau liess dann die Nadel ruhig so lange am Platze, bis sich Beschwerden einstellten. Dr. Nesbitt wurde alsdann geholt, fand den Muttermund geschlossen, das Collum erweicht und sehr empfindlich, ebenso den Uteruskörper. Bis jetzt war die Kranke fieberfrei und nicht bettlägerig, war etwa 20 Tage mit der Haarnadel in utero umhergegangen. Tupelostift, am nächsten Morgen 2 Stifte. Abends und die Nacht hindurch Blutung. Am dritten Tage Fieber, Pelviperitonitis, im dilatirten Collum tastet der Finger die Haarnadel. Vergebliche Extractionversuche durch Partridge 15—20 Minuten lang unter Narkose. P. fand hierbei im Collum das wohl seit 2 oder 3 Wochen abgestorbene Ei und oberhalb desselben tastete rechterseits in der Uterushöhle der Finger beide Zinken der Haarnadel, verschieden tief in die Uterinwand eingespiesst. Nach langen Bemühungen beide Nadelenden mit langer Kornzange frei gemacht und Nadel extrahirt, dann die Abortreste entfernt. 9 Tage darauf Tod an Peritonitis (cit. nach Caraës).

27. **Popoff** („Fremdkörper im Uterus.“ J. f. Geb. u. Fr. [Russisch] 1889, p. 562). Lebedjew extrahirte eine Haarnadel, welche sich eine Frau, um, von Uterinkoliken gequält, den Blutabfluss zu erleichtern, vor zwei Tagen in den Uterus eingeführt hatte. Schon in Narwa hatte man vergeblich die Extraction versucht, daher nach Petersburg gesandt. Diese Dame, eine Buffetmamsell, die schon zweimal geboren und einmal abortirt hatte, hatte sich die Haarnadel angeblich wegen Dysmenorrhoe persönlich in den Uterus eingeführt und zwar stehend, nachdem sie das eine Ende hakenförmig gekrümmt hatte. Man fand nahe der vorderen Scheidenwand das freie Ende der Haarnadel, das obere gebogene tastete man durch die hintere Uterinwand in utero. Narkose, Herabziehung der Portio, Haarnadel in die Höhe geschoben, Hegar's Dilatatorien bis N. 12. Extraction der 16 cm langen Nadel mit Kornzange. Genesung.

28. P. erwähnt ausser diesem Fall nur 10 aus der Literatur, darunter einen von **Crouzet de Rochechouat,** dessen Details ich leider nicht kenne.

29. **Stevens:** „A hairpin in utero." Obst. Gaz. Cincinnati 1890, XIII, p. 130.

30. **Tannen** („Zur Casuistik und Diagnose der Fremdkörper im Uterus." Centr. f. Gyn. 1892, Bd. XVI, p. 243): Sophie H. kam am 11. Mai 1892 zu T. mit der Angabe, sie habe vor 4 Wochen abortirt, wegen der heftigen Blutung sich eine Haarnadel in die Scheide gebracht, sie sei dabei in Ohnmacht gefallen und müsse sich die Haarnadel hineingestossen habe, da sie dieselbe später nicht gefunden habe. Ihre Beschwerden bestanden in anhaltenden Schmerzen beim Sitzen, Wasserlassen und bei der Stuhlentleerung, sowie in starken Blutungen. Ihr Arzt fand keine Haarnadel und sandte H. in die Poliklinik. Retroflexio uteri, Uterus vergrössert, Cervix leicht geöffnet. Da unzweifelhaft Abortreste vorhanden, Currettement. Eine Untersuchung des Cavum uteri mit dem Finger war nicht möglich und auch die Sonde ergab keinen Fremdkörper im Uterus, so dass T. nicht mehr an dessen Existenz im Genitaltractus glaubte. Das Orificium uteri wurde mit Celluloiddilatatorien so weit erweitert, dass eine schmale Curette hindurch konnte. Keine Narkose. Nach einigen vorsichtigen Zügen stiess T. auf den Fremdkörper. Es gelang die Extraction mit einer schmalen Kornzange. Dann gründliches Curettement, keine uterine Ausspülung wegen der Möglichkeit einer Perforation mit den scharfen Spitzen der Haarnadel; Jodoformgaze-Tamponade des Uterus. Heilung. Die Diagnose des Fremdkörpers war hier erst durch die Curette möglich geworden. T. empfiehlt deshalb die Curette statt der dünnen Sonde zur diagnostischen Untersuchung.

31. **E. Hughes** (Med. Age. 1886, No. 14 — siehe Centr. f. Gyn. 1886, No. 4, p. 64): Eine Frau, die in Folge von Erkältung die Periode verloren zu haben glaubte, führte auf den Rath einer Freundin eine Haarnadel in ihren Uterus ein, letztere entglitt ihren Fingen und konnte nicht entfernt werden. H. gelang es 30 Stunden später, dieselbe im Speculum mittelst einer Sonde und langen Kornzange zu entfernen. Trotz dieser Eingriffe kam die Patientin fünf Monate später mit einem gesunden Kinde nieder.

32. **Hodgen** (Saint-Louis, Courrier Médical — cit. nach Caraës, p. 59): 1879 kam ein Mann zu H. mit der Angabe, seine Frau habe sich etwas im Unterleibe zerbrochen. Bei Untersuchung fand H. eine Stricknadel im Muttermunde und zwar deren unteres Ende. Er extrahirte sofort die 4 Zoll lange Nadel, die bis auf das oberste Ende schwarz war. Er glaubte, die Nadel habe den Uterus perforirt und sei in die Bauchhöhle eingedrungen, das innerhalb der Uteruswand belegene Stück sei deshalb hell und glänzend geblieben, das in der Uterinhöhle befindliche Stück schwarz und rostig, ebenso das zwischen den Eingeweiden befindliche Ende (?). Extraction leicht.

33. **Kemperdick** („Bauchschnitt wegen einer in die weiblichen Genitalien eingeführten Gänsefeder", Deutsche med. Woch. 1881, No. 5 — siehe Centr. f. Gyn. 1881, No. 6, S. 143): Eine junge Wittwe hatte sich wegen vermutheter Schwangerschaft eine Gänsefeder in den Uterus eingeschoben, dieselbe war ihren Fingern entgleitend verschwunden. 8 Tage später Fieber, Unterleib stark gespannt und aufgetrieben, rechts bis eine Hand breit über die Medianlinie nach links tympanitisch, links von den Rippen bis zur Symphyse leer und die ganze Seite stark schmerzhaft. Per vaginam Muttermund leicht zu erreichen, quer gespalten, Lippen dick und weich. Bewegungen des Uterus sehr schmerzhaft, Grösse nicht festzustellen. Pressschwamm, nach 2 Stunden Sondirung mit einem silbernen Prostatakatheter. Nach langem, sorgfältigen Untersuchen drang derselbe plötzlich 7 cm weiter vor bis zu einer Tiefe von 24 cm von der Vulva.

Hier traf er auf einen festen Gegenstand, welcher sich wohl als eine Gänsefeder betrachten liess. Nach Entfernung des Katheters floss ein sehr reichliches stinkendes Exsudat ab. Bauchschnitt: Därme verfärbt, mit dem Bauchfell und unter sich verklebt, stark aufgetrieben; Uterus im kleinen Becken, nicht vergrössert, unbeweglich, nichts Abnormes an ihm zu finden: oberhalb des Promontorium quersitzend wird die Gänsefeder gefunden (19 cm lang), in der Bauchhöhle reichliches jauchiges Exsudat. Toilette, Drainage, Verband, nach einigen Stunden gelang die Durchspülung des Drains nicht, Tod in der Nacht. Section: Im linken breiten Mutterbande ein Loch gefunden, das weder in den Uterus noch in die Scheide führt. dann Uterus cum annexis behufs Untersuchung herausgeschnitten, 9 ½ cm lang, 5 ½ cm breit und ½ cm dick. Auf der Mitte seines Scheitels eine 3 mm lange quere Wunde, mit der Höhle communicirend. Einige Centimeter davon nach rechts und hinten eine zweite grössere. Höhle leer, Schleimhaut blass. Verfasser glaubt, die Einführung der Feder sei durch eine andere Person vollzogen worden.

34. **Pollak** (Saint-Louis, Courrier Médical 1884 — cit. nach Caraës, l. c. p. 59): P. wurde vor einigen Jahren zu einer Frau geholt, welche sich ziemlich brüsk auf einen Stuhl niedergelassen hatte, auf dem ein Fadenknäuel mit einer Stricknadel gelegen haben soll. Die Stricknadel drang in den Uterus ein. Eine herbeigerufene Hebamme constatirte den Fremdkörper in vagina, versuchte die Extraction mehrmals und brachte es schliesslich so weit, dass sie die Stricknadel nicht mehr zu erreichen vermochte. P. fand leicht die Nadel, konnte sie aber nicht ergreifen. Er sandte nach Dr. Grey, und vereint bemühten sie sich vergeblich, die Nadel zu fassen. Aber trotz Kornzange blieben alle Bemühungen vergeblich, die Nadel wurde in situ belassen, die Kranke ihrem Schicksale und der Vis medicatrix naturae überlassen!

35. **Ruillier** (Archives générales de méd. 1823, 1. année, T. 147 — cit. nach Caraës): Crouzit wurde im Jahre 18 . . mitten in der Nacht zu einem jungen Mädchen angeblich wegen einer Blutung geholt. Man hatte bereits vergeblich mehrere Male zur Ader gelassen, um die Blutung zu stillen. Endlich entschloss man sich, eine „aiguille à seton" in den Uterus einzubringen, und zwar wurde diese Nadel so tief eingeführt, dass man sie weder fassen noch zurückziehen konnte. Der unvernünftige Operateur hatte das Fräulein damit beruhigt, das Instrument werde zusammen mit dem Foetus ausgestossen werden, und verschwand. Als Crouzit ankam, war der Foetus — ein etwa dreimonatlicher — schon geboren. Man konnte erkennen, an welcher Stelle das Instrument den Foetus getroffen hatte, aber das Instrument sowie die Nachgeburt waren im Uterus zurückgeblieben. Infolge verschiedener stattgehabter Manipulationen hatte sich der innere Muttermund so contrahirt, dass es unmöglich war, die Placenta zu entfernen, ebensowenig war festzustellen, wo die Nadel feststak. Crouzit glaubte bei Betastung des Unterleibes den Fremdkörper zu fühlen. Erst nach 2 Tagen jedoch wurde die Placenta ausgestossen, die Nadel jedoch verblieb nach wie vor verborgen. Da das Instrument mit dem spitzen Ende voraus eingeführt war und das andere geknöpfte Ende sich an die Uteruswand anstemmte, so mag wohl die Spitze den Uterus perforirt haben und in die Nachbarschaft eingedrungen sein. Trotz Fieber, Sepsis etc. begann die Kranke erst am 11. Tage nach Ausstossung der Frucht Schmerzen in einer Weiche zu empfinden. Am 35. Tage zeigte sich in der einen Weiche eine Erhebung, dabei intensive zunehmende Schmerzen. Man vermuthete, die Erhebung sei durch die Nadel veranlasst, die Kranke verweigerte jedoch die verlangte Incision. Nach Maassgabe dessen, als die Nadel den Hautdecken näher kam, verminderte sich das Fieber. Endlich,

am 66. Tage, brach die Nadel nach aussen durch nach Röthung der Convexität der genannten Weichtheilschwellung in der Weiche. Die Kranke extrahirte schliesslich selbst den Fremdkörper. Es war eine 6 Zoll lange styletförmige Nadel, an einem Ende geknöpft und in $^{2}/_{3}$ der Länge gerieft, am oberen spitzen Ende befand sich eine Oeffnung, für die Durchreichung des Haarseiles bestimmt. Es erfolgte eine nur unbedeutende Eiterung einige Tage dauernd und sehr bald vollständige Genesung.

36. **E. Thoman**: „Eine Nadel im Uterus, Laparatomie, Tod an acuter Sepsis" (Allg. Wiener med. Zeitung 1887, No. 10 — siehe Centr. f. Gyn. 1887, No. 30, S. 485): 28jährige Frau, Abscess am Nabelring im Verlaufe eines Puerperalprocesses, ein eitriger Hohlgang bleibt unter dem Nabel zurück, vergeblich mit Aetzungen behandelt. Behufs Entfernung festhaftender Eiterborken führte Patientin eine grosse dicke Nähnadel in den Hohlgang: die Nadel entschlüpfte ihr. T. fand dieselbe später in der Tiefe von $4^{1}/_{2}$ Zoll feststehend, quer eingekeilt und rieht abzuwarten, bis sich die Nadel in einer für die Extraction günstigeren Stelle befinden werde. Nach einigen Wochen hatte sich die Nadel noch tiefer gesenkt und hoffte Th., sie werde vielleicht im Scheidengewölbe durchbrechen. Auf Rath eines anderen Arztes wurde der Hohlgang bis zur Symphyse gespalten, aber die Nadel nicht gefunden. Die Frau starb nach 3 Tagen an acuter Sepsis. Bei der Section fand man die Nadel im Fundus uteri, mit ihrem grösseren Antheil im Cavum uteri freistehend und bereit, aus demselben ausgestossen zu werden.

37. **Froriep** berichtet (siehe Caraës: l. c. p. 58) die Geschichte einer Frau, die behufs Aborteinleitung sich eine Nadel in den Uterus eingeführt hatte und dieselbe nicht mehr zurückziehen konnte. Nach einigen Wochen bildete sich ein Abscess in einer Weiche, aus dem der Fremdkörper hervortrat. Genesung. (Tardieu: Étude médicolégale sur l'avortement. Obs. XLI 1881, p. 143).

38. **H. W. Freund** („Zur Casuistik der Fremdkörper in den weiblichen Genitalien" — Centr. f. Gyn. 1887, No. 51, p. 817) berichtet folgenden ebensowohl complicirten als interessanten Fall: Eine 41jährige Tagelöhnerin mit veralteter Lues hatte von 16 Jahren an menstruirt; 8 Jahre verheirathet, hatte sie ihre Regel bis vor 3 Monaten, aber seit 2 Jahren alle 14 Tage mit initialen krampfartigen Schmerzen. Vor 13 Wochen nach zweimonatlicher Menostasis angeblich ohne Veranlassung fieberhafte Erkrankung mit 5wöchentlichem Abgang flüssigen mit Fetzen vermischten Blutes und krampfartigen Schmerzen im Becken, mit Herzklopfen, Dyspnoe etc., zuckenden und stossenden Bewegungen der Beine, Seitwärtsdrehung des Kopfes mit starr auf einen Punkt gerichteten Augen bei erhaltenem Bewusstsein. Anfälle besonders zur Zeit der Regel. Januar 1886 deshalb in die Klinik eingetreten. Elend aussehende Frau mit wallnussgrossem, querovalen, hart am linken Horn des normal grossen antevertirten Uterus gelegenem Tumor; der Tumor schien nach aussen mit der Beckenwand durch einen derben Strang verbunden. Angesichts des Befundes und der Anamnese wurden Reste einer linksseitigen Tubarschwangerschaft angenommen, die Anfälle wurden als hystero-epileptische gedeutet. Nach vergeblicher poliklinischer Behandlung mit Resorbentien am 3. Februar 1887 aufgenommen: Tumor apfelgross, beweglich, härter geworden, sehr empfindlich, höckrig, durch kurzen, derben, dünnen Stiel mit der linken Uteruskante verbunden. Der Zustand elend und beständig quälende Schmerzen. Bauchschnitt: 2. März 1887.

Dünne Bauchdecken ungewöhnlich blutend. Man tastet eine apfelgrosse Cyste der linken Tube, fest im kleinen Becken eingewachsen, verwachsen mit Uterus, Lig. latum, Douglas, Flexura iliaca und Netz. Tube im Anfangstheil

eng, weiterhin erweitert. Annexa rechts normal. Bei manueller Lösung aus den Adhärenzen platzt der Tumor mit bedeutender Blutung. Unterbindung der Tube, Entfernung des Tumors, Umstechungen, an exacte Blutstillung nicht zu denken (Haemophilie?), Gewebe zu brüchig, fester Schwammdruck sogar ungenügend zur Blutstillung. In einer dem grossen Netz angehörenden Adhäsion findet man ein $2\frac{1}{2}$ cm langes, aus 2 Theilen zusammengedrehtes Metallstäbchen!!!, das aus seinem Bette, mit dem es fest verklebt war, ausgespült wurde. Glasdrain, Bauchwunde geschlossen. Der Tumor ergab sich als Tubencyste ohne Anzeichen von Resten einer Schwangerschaft, das Metallstück ergab sich als Bruchstück der beiden zusammengedrehten Schenkel einer Haarnadel. Glasdrain nach 20 Stunden entfernt, fieberlose Heilung. Noch öfters Kardialgien, aber keine hystero-epileptischen Anfälle mehr. Nach 14 Tagen neue Schmerzen. Palpation ergiebt eine wurstförmige Resistenz in der Gegend des früheren Tumors, gleich darauf zwei hystero-epileptische Anfälle, Fieber, Exsudat um den Tubenstumpf. Dieses reichte bis an die Blase und brach nach 2 Tagen in dieselbe durch mit Entleerung von Eiter und zahlreichen Seidenfäden. Nach 5 Tagen versiegte die Eiterung, allmähliche Besserung mit selteneren und weniger ausgesprochenen Anfällen. Die Frau leugnet jede Kenntniss davon, auf welche Weise die Haarnadel in ihren Leib gelangt ist. Da die Haarnadel zusammengedreht war, schliesst Freund ihre Einführung zu masturbatorischen Zwecken aus und glaubt, sie sei behufs Einleitung eines Abortes von der Frau oder einem Gehilfen in die Gebärmutter eingestossen worden, abgebrochen und in die linke Tube gerathen. Hier schwere Entzündung, Retention, Verwachsungen und Ausstossung aus der Tube in die Peritonealhöhle. Durch den Reiz des Fremdkörpers soll es zur Hystero-Epilepsie gekommen sein. Freund nimmt an, die Nadel sei in den Uterus eingestossen worden und später in die Tube gelangt, diese Vermuthung scheint mir jedoch wenig für sich zu haben und wäre eher anzunehmen, die Nadel sei direct durch blinde Gewalt durch das Scheidengewölbe in die Peritonealhöhle eingestossen worden, sei dort durch Rosten brüchig geworden, so dass die einzelnen Fragmente zerstreut eingebettet blieben und Freund nur das Kuppelstück der Nadel entfernte, andere Reste aber inkapsulirt in den betreffenden Weichtheilen bis heute zurückgeblieben sind. Diese meine Vermuthung gewinnt umsomehr an Wahrscheinlichkeit, als ja Freund selbst schreibt (pag. 821): „Nach 10 Tagen konnte die Frau wesentlich gebessert und gekräftigt entlassen werden; Anfälle waren in dieser Zeit nicht mehr aufgetreten. Links neben dem Uterus ragte aus einer knopfartigen Anschwellung des Stumpfes eine harte Unebenheit heraus, die den Verdacht erweckte, dass dort noch ein weiteres Bruchstück der Haarnadel versteckt läge, wenn sie nicht etwa nur eine Protuberanz des geschrumpften Exsudats darstellte" — und auf S. 822: — „Sollte wirklich noch ein Rest der Haarnadel in dem Stumpfe verborgen sein."

Es ist eben nicht abzusehen, auf welche Weise eine in den Uterus eingeschobene Haarnadel spontan in die Tube gelangt sein soll. Ich möchte überhaupt bezweifeln, dass die Nadel in utero oder der Tube gewesen sein mag, die Gegenwart der Tubencyste ist doch dafür kein Beweis, zweitens fand ja Freund die Nadel gar nicht in der Tube, sondern ausserhalb in einer Adhäsion, die das Netz fixirte. Statt der von Freund vermutheten Wanderung der Nadel durch den Uterus und die Tube in die Bauchhöhle, scheint mir vielmehr eine directe Eintreibung der Nadel vom Scheidengewölbe aus bis in die Bauchhöhle viel wahrscheinlicher. Freilich lassen sich für keine der beiden Auffassungen Richtigkeitsbeweise beibringen und bleibt die Frage also unentschieden.

Anmerkung 1. Beiläufig erwähnt sei hier folgende Beobachtung: **Winogradow** („Eine Laparotomie aus seltener Ursache", Russkaja Med. 1888, No. 21 — nach Referat

im Centralbl. f. Gyn. 1888, p. 855): Eine 8 Monat Schwangere verweigerte ihrem Gatten den Coitus, der Mann stiess ihr aus Wuth ein Zimmermannsmessinstrument in die Scheide. Starke Blutung, Frühgeburt nach 12 Stunden. 13 Tage per partum war die Scheidenwunde verheilt und durch die Narbe das Fragment des Fremdkörpers zu fühlen. Dasselbe wurde in 2 Stücken durch Bauchschnitt entfernt. Beide Stücke zusammen 23 cm lang, das eine Ende war mit Faecalien besudelt, war also bis in den Mastdarm gedrungen. Heilung.

Anmerkung 2. **Poullet** (Traité des corps étrangers en chirurgie, Paris 1879, p. 619) berichtet eine interessante Beobachtung Erichsen's (Med. chir. Transact. V. XXXIX, p. 15 und Dictionn. Encyclop.: Art. Abdomen): Eine 28jährige Frau war gerade damit beschäftigt, sich angeblich wegen Dysurie einen Pinsel mit Cedernholzgriff in die Scheide hineinzustecken, als Jemand das Zimmer betrat. Um ihre Mannöver zu verbergen, setzte sie sich auf den nächststehenden Stuhl, dabei drang der Pinselstiel, das hintere Scheidengewölbe perforirend, bis in die Bauchhöhle ein. Sie empfand einen heftigen Schmerz, als ob etwas Fremdes ihr in den Leib eingedrungen sei, ein herbeigeholter Arzt konnte aber keinen Fremdkörper entdecken. Wahrscheinlich wurden, wie später die Section ergab, 2 Darmschlingen perforirt. Trotzdem erfolgte keinerlei Erguss in die Bauchhöhle. Die sämmtlichen Verletzungen blieben momentan inoffensiv durch durch Peritonitis adhäsiva, der Pinselgriff wurde völlig eingekapselt, und zwar in einer solchen Stellung, dass ein Ende in der Concavität des Kreuzbeines lag, das andere aber nach oben und vorn gerichtet zwischen Nabel und Lig. Poupartii unter der Haut getastet werden konnte. Es folgten häufige peritonitische Insulte, bis endlich nach acht Monaten Dr. Erichsen die Kranke sah. Abmagerung, häufiges Erbrechen, keine Harnbeschwerden. Eine einmalige Mastdarmblutung war auf Hämorrhoiden bezogen worden. Erichsen extrahirte unter Narkose den Fremdkörper; ein Assistent drängte denselben vom Mastdarm aus nach vorn, damit die Spitze, unter den Bauchdecken liegend, näher hervortrete. Einschnitt hier bis auf die Fascia transversalis, in der die an der Kuppe des Pinselgriffes befindliche geschwärzte Bleikugel fixirt war. Nach Vergrösserung des Einschnittes befreite E. den Fremdkörper aus seiner Einbettung und zog ihn heraus: es war ein nach Faeces riechender 5½ Zoll langer Pinselgriff. Weder Gase noch Stuhl entleeren sich durch die Wunde, die also mit 2 Nähten geschlossen wurde. Am nächsten Morgen Peritonitis, am vierten Tage Tod. Bei der Section fand man Gase und einige Unzen trüber, schwärzlich gefärbter Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Zwischen Nabel und Symphyse rechts von der Mittellinie ein Conglomerat von verklebten Dünndarmschlingen und darin 2 Darmschlingen je zweimal perforirt. Uterus, Blase, Mastdarm gesund, dicht neben dem Uterus im hinteren Scheidengewölbe eine Narbe von der ursprünglichen Perforation herrührend: hier war der Pinselgriff eingetreten.

Anmerkung 3. Eine ähnliche Beobachtung von Eindringen einer Stricknadel von der Scheide aus in die Bauchhöhle theilt Poullet (l. c. S. 619) mit: Eine 28jährige taubstumme Frau trat wegen eines Unterleibsabscesses in das Spital ein. Abscess zwischen Nabel und Symphyse strotzend. Eine Troicarpunction entleert Gase und Eiter. Einschnitt, der Finger tastet in der Abscesshöhle eine Stricknadel, die mittels Kornzange extrahirt wird. Der Abscess heilte bald ohne Fistelhinterlassung aus. Die Nadel soll von der Scheide aus eingeführt worden sein, dafür sprach eine kleine narbige Verhärtung in der Scheidenwand rechts vom Mutterhalse.

39. **Liebmann** (Pester med. chir. Presse 1879, No. 27 — ref. Centr. für Gyn. 1879, No. 18, S. 45): Eine Frau hatte sich aus unbekannter Ursache einen vom Schaft befreiten Gänsefederkiel in den Uterus eingeführt. L. fand ihn in der Cervix steckend, die Spitze in der vorderen Wand des normal anteflectirten, etwas vergrösserten Uterus, das hintere Ende in der hinteren Muttermundlippe. Extraction des 6 cm langen Kieles mit Polypenzange ziemlich schwer.

40—42. Einer brieflichen Mittheilung meines Freundes **Dr. Rode** in Tomaszow verdanke ich folgende drei Beobachtungen: Zweimal fand Rode in utero Gänsefederkiele, zur Hälfte mit Quecksilber gefüllt und am unteren offenen Ende mit Wachs verklebt. (Derartige Producte sind in den polnischen Apotheken auf dem Lande käuflich. Vornehmlich kaufen die Bauern dieselben — sie benutzen das Quecksilber zur Anfertigung einer Salbe behufs Ausrottung von Ungeziefer.)

In beiden Fällen wurde Dr. Rode wegen Blutung sub abortu geholt, fand beide Frauen fiebernd, blutend und mit jauchigem Ausfluss vor; beide Male handelte es sich um Gravidität im dritten Monate mit eröffnetem Ei. Bei Ausräumung des Uterus fand Rode in dem einen Falle eine solche mit Quecksilber gefüllte Röhre in utero, in dem anderen Falle gar zwei Stück. Beide Frauen genasen, eine von ihnen ging gelegentlich eines späteren Abortes septisch zu Grunde. Beide Frauen waren verheirathet und multiparae. Der dritte Fall betraf ebenfalls eine verehelichte Multipara, die Dr. Rode wegen einer seit zwei Wochen anhaltenden Blutung holen liess. Die Frau hatte sich vor zwei Wochen mittels einer Haarnadel, ihrer Aussage nach, Schleim aus der Scheide entfernen wollen, wobei die Haarnadel ihren Fingern entglitt. Rode fand den Uterus stark vergrössert, den Muttermund offen, die Frau stark blutend, aber fieberfrei und trotz der Blutung nicht bettlägerig. Am inneren Muttermunde tastete er die Spitze der einen Zinke der Haarnadel, die andere hatte sich in die seitliche Uterinwand eingebohrt. Das Cavum uteri war leer, enthielt keinerlei Schwangerschaftsproducte (?). Infarctus uteri. Rode entfernte die Nadel ohne Schwierigkeiten, die Frau genas. — Eine gerichtliche Untersuchung in den beiden ersten Fällen unterblieb, da die Hebamme, welche durch Einführung der Fremdkörper die beiden Aborte hervorgerufen hatte, kurz darauf gestorben ist.

Anmerkung 4. **Näche** („Eine Haarnadel im Bindegewebe zwischen Blase und Scheide." Berl. klin. Woch. 1878, No. 28 — ref. Centr. f. Gyn. 1878, No. 18, S. 440): Haarnadel verrostet, 2 Jahre in situ verblieben, mit Mühe entfernt, wie dorthin gelangt?

43. **Clinton Cushing** („Ein Metallkatheter in utero über 4 Jahre." — Pacific. med. and surg. Journ. 1887, April, p. 215 — siehe Centr. f. Gyn. 1888, No. 23, p. 384): 24jährige Schwangere begab sich behufs Aborteinleitung in eines der am Orte befindlichen professionellen Abortinstitute; die „Doctress" der „Anstalt" führte etwas in die Gebärmutter ein und liess es daselbst. Nach drei Tagen verliess die Frau das betreffende Haus, da ihr das Getriebe daselbst nicht behagte. Es trat dann der Abort ein, ca. vier Wochen später etablirte sich eine Peritonitis; langsame Genesung. Schmerzen in der Steissbeingegend und starker Ausfluss führten die Frau (vier Monate nach Eintritt in die Anstalt) zum Arzte: Ein weiblicher Metallkatheter ragt aus dem Uterus, das untere Ende ist in der hinteren Vaginalwand eingebettet und unbeweglich fixirt. Die Entfernung ist erst möglich, nachdem der Katheter durchtrennt und ein Einschnitt in die hintere Scheidewand gemacht ist.

44. **Bandl** (Centr. f. Gyn. 1889, No. 33, S. 604) demonstrirte ein über sechs Jahre im Parametrium gelegenes und daraus entferntes Sondenstück. Ein Arzt perforirte sub partu mit einer chirurgischen Sonde den angeblich verschlossenen Muttermund, wobei die Sonde abbrach, das abgebrochene Stück der Sonde, die in das rechte Parametrium eingedrungen war, blieb darin liegen. Fieber, stechender Schmerz im Becken und beim Gehen im rechten Beine. Dieser fatale Zustand blieb vier Jahre constant. Dann Dysurie und vermehrter Harndrang. Cystopyelitis mehrfach vergeblich behandelt. Im September 1887 glaubte ein Arzt im Parametrium einen Fremdkörper zu fühlen, schnitt vom Scheidengewölbe aus ein, suchte aber $1\frac{1}{2}$ Stunden vergeblich. Im August 1888 constatirte Bandl einen Fremdkörper, versuchte in Kniebrustlage auf Bozeman's Tisch $\frac{5}{4}$ Stunden lang vergeblich den Fremdkörper zu entfernen; erst nach Eröffnung der Douglasischen Tasche gelang es, von innen her den Fremdkörper gegen die Scheide zu fixiren und nach kleinem Einschnitt zu entfernen. $1\frac{1}{2}$ Zoll langes, 2 mm dickes Stück einer eisernen Sonde. Allmähliche Genesung. Chrobak hatte die Kranke mehrmals untersucht, aber nicht jedesmal den Fremdkörper

getastet. Die operative Entfernung war ihm nicht gelungen, da die Nadel ihm fort und fort entschwand.

45. **Barwell** (Royal Med. and Surg. Soc. — The Lancet, 31. Oktbr. 1874 — cit. nach Caraës): Eine junge Frau glaubte sich schwanger und wandte sich an einen „Avorteur", welcher ihr eine Gummisonde in den Uterus einführte. Während einer Stuhlentleerung schien die Sonde herausfallen zu wollen, die Frau stiess sie also tiefer hinein. Zum grössten Schrecken des Complicen war jedoch die Sonde verschwunden. Nach 2—3 Monaten traten Schmerzen im linken Beine und der Hüfte auf, sie liessen allmählich nach und erst nach einem Jahre bildete sich ein grosser Abscess in der linken Hüfte. Da erst gestand die Kranke dem Arzt ihren sonderbaren Sondengebrauch. Man fand ausser dem Abscess eine Fistel am Tuber ischii; eine Sonde drang längs der Seitenwand des Rectum vor, drang jedoch weder in den Mastdarm noch in den Abscess ein. Einschnitt, viel Eiter, aber Fremdkörper nicht zu finden. Einige Tage später tastet der Finger per vaginam sowohl als per rectum eine quere strangförmige Verhärtung, wahrscheinlich den periproctal gelegenen Fremdkörper, der mit dem Rectum in Verbindung stand. Extraction mit der Polypenzange, es war das vermisste Sondenstück, das wahrscheinlich die Wand des Uterus durchbohrt hatte. Perimetritis und Pelviperitonitis führten zu dem Abscess. Oberhalb des orif. int. uteri tastete man an der hinteren Wand des Uterus eine quere Narbe, die vermuthliche Perforationsstelle. 20 Monate hatte der Fremdkörper im Becken verweilt.

46. **Alfred Sykes-Ward** (Brit. Med. Journ. 1894 — cit. nach Caraës): Ein Fräulein wandte sich an Sykes-Ward wegen einer seit sechs Monaten eiternden Fistel oberhalb des Kreuzbeines. Aethernarkose, Spaltung des Fistelganges und Auskratzung bis auf den Knochen. Am nächsten Tage lenkte die Kranke die Aufmerksamkeit des Arztes auf Eiterfluss aus der Scheide. Sykes-Ward fand einen theilweise in utero, theilweise in vagina steckenden Fremdkörper, dessen unteres Ende so nach hinten gebogen war, dass es der hinteren Scheidenwand anlag. Leichte Extraction, es war ein $5\frac{1}{2}$ Zoll langes Stück einer Gummisonde. Keinerlei Parametritis oder viscerale Laesion. Die Sonde war von einer gegenwärtig wegen eines anderen criminellen Abortes gefänglich eingezogenen Frau eingeführt worden und zwar am 3. November 1892, drei Tage später war der Abort erfolgt. Von da an bis April 1893 starke Leibschmerzen und Blutungen, damals brach die Fistel auf. Nach Extraction der Sonde bald völlige Genesung.

47. **Rochet** („Corps étranger du cul-de-sac de Douglas — Bulletin de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. 1896, No. 10, p. 206): Eine Schwangere unterwarf sich abortiven Manövern; nach drei Monaten constatirte man eine fixirte Retroversion und beiderseitige Salpingitis. Vaginale Hysterektomie. Bei Eröffnung des Cavum Douglasii stiess R. auf einen harten Körper und zog eine Gummisonde No. 7 mit elfenbeinernem Knopf heraus, welche von der Hebamme zur Aborteinleitung benutzt worden war. Da R. keinerlei Narbe am Uterus fand, so meint er, die Sonde sei durch die Tube hindurchgewandert, „par la trompe, qui l'aurait en quelque sorte avalée".

48. **Poullet** (l. c. p. 626) erwähnt noch einen Fall aus der englischen Praxis, wo eine Dame sich eine Gummisonde in toto in den Uterus einführte und letztere darin verschwand.

49. **Przewoski** fand zufällig bei der Section einen Fischbeinstab in utero (laut mündlicher Mittheilung).

50. **Lisfranc** (Clinique de la Pitié. Tome II): Eine Dame hatte sich bei unerlaubten Manövern eine dicke elastische Gummisonde in den Uterus eingeführt, welche 5 cm vom oberen Ende abbrach. L. wurde wegen Entzündungserscheinungen geholt, liess sich die Sonde zeigen und sah, dass ein Theil fehlte. Speculum, zu sehen war nichts, aber eine andere Sonde wies den Fremdkörper nach. Leichte aber schmerzhafte Extraction mit Kornzange, Blutung, Peritonitis, Blutentziehungen, Mercurialsalbe, Genesung. Diese Dame glaubte drei Monate schwanger zu sein, L. konnte aber die Schwangerschaft oder einen stattgehabten Abort nicht constatiren.

51. **Francis L. Haynes** (Annals of surgery 1891, May, p. 369 — siehe Centr. f. Gyn. 1891, No. 43, S. 878): Eine zwei Monate Schwangere führte sich eine harte Gummisonde in den Uterus ein, brach dabei die Spitze ab, die in cavo uteri zurückblieb. Dilatatio colli mit Goodell's Dilatatoren, dann sub narcosi das 5 cm lange Stück extrahirt, Spülung, Genesung.

52. **A. Breiner** (Orvosi hetilap. 1879, No. 43 — ref. Centr. f. Gyn. 1879, No. 26, S. 656): B. wurde zu einer 22 jährigen, seit drei Wochen an Blutungen leidenden Bäuerin gerufen. Anämie, Unruhe, Schmerzen im Becken. Die Frau hat sich behufs Aborteinleitung ein Stäbchen in den Uterus eingeführt, welches in der Uterinhöhle jetzt transversal festsitzt. B. zerbrach dasselbe mit Hilfe eines höchst primitiven Häkchens und entfernte es in zwei Theilen: es war ein 6,5 cm langes, 1,5 cm dickes Kirschbaumästchen. Die marantische Kranke starb nach zwei Wochen an durch Erkältung herbeigeführtem Erbrechen und Diarrhoe. (Referent vermuthet: an septischer Peritonitis.)

53. **W. Gill Wylie** (New-York Med. Record 1892 — cit. nach Caraës): 35 jährige Schwangere führte sich am 29. October 1891 einen $6^1/_2$ Zoll langen, $^1/_3$ Zoll dicken Glasstab in den Uterus ein; ein Ende desselben war rauh, das andere glatt. Nach einigen Bemühungen, unter Herabdrücken der Labialcommissur, gelang es der Dame den Muttermund zu finden und endlich auch den Stab, mit dem glatten Ende voran, soweit in den Uterus einzuführen, dass sie ihn wohl noch mit den Fingern erreichen aber nicht mehr fassen konnte. Etwas Blutung und Schmerzen verhinderten die Dame nicht, ihren Beschäftigungen nachzugehen. Nachts, sobald sie sich auf die rechte Seite legte, Schmerzen darin. Am nächsten Tage kam sie wieder zur Arbeit, Nachmittags leichte Blutung, Schmerzen beim Sitzen oder Liegen, also ging Patientin umher. Am 1. December consultirte sie einen Arzt, der sagte, der Uterus sei mobil und kein Glasstab darin. Am 10. Januar 1892 Abort und so starke Blutung, dass ein Arzt tamponniren musste. 11. Januar Tampons entfernt. Eine Woche zu Bett, dann wollte die Dame aufstehen, merkte aber eine Anschwellung in der rechten Seite. Sobald sie darauf drückte, Schmerz in der linken Weiche. 21. Januar mit Blutung zu Gill Wylie: Spital, Scheidenspülungen. 27. Januar Aethernarkose. Uterus und Annexa etwas fixirt, in der linken regio iliaca schien der Glasstab zu liegen. Bei einer zweiten Untersuchung war der Fremdkörper verschoben und nicht mehr zu tasten. Bauchschnitt, Bauchfell injicirt, blutgefärbter seröser Erguss. Nach Lösung der Verwachsungen so starke Blutung aus der obliterirten linken Tube, dass letztere mit Eierstock abgetragen wurde. Auf der linken fossa iliaca fand W. eine Verhärtung und glaubte den Stab darin eingebettet. Er lag in der linken regio lumbalis und wurde entfernt. W. fand an der Vereinigungsstelle der linken Tube mit dem Uteruskörper die Perforationsstelle, durch welche der Fremdkörper in die Bauchhöhle gelangt war. In der Scheide keinerlei Narben. Nach dem Bauchschnitt schwand das Fieber. Allmähliche Genesung.

54. **Zuhmeister** (Schmidt's Jahrb. — cit. nach Caraës): Eine schwangere Frau wollte sich behufs Aborteinleitung einen 6 Zoll langen Baumzweig in den Uterus hineinstossen. Sie drückte dann so fest gegen den Fremdkörper, dass er bis in die „Nierengegend“ eindrang. Ohne dass die Kranke es ahnte, blieb der 6 Zoll lange und gänsefederdicke Fremdkörper 5 Monate lang im Becken und perforirte schliesslich den Mastdarm. (Aus dem Citate Caraës's ist nicht ersichtlich, ob der Fremdkörper wirklich in den Uterus eingespiesst war oder nicht, leider ist auch die Quelle des Citates nichts weniger als genau angegeben.

55. **Maisonneuve** („Extraction d'un corps étranger implanté dans l'utérus.“ Gazette méd. de Paris 1841): 30jährige Wäscherin meldete sich wegen chronischen Uterusleidens. Ohne zunächst eine präcise Diagnose stellen zu können, nahm M. die Frau in das Hospital Saint-Louis auf. Bis zum 28. Jahre gesund, hat die Frau damals im Anschluss an einen fünfmonatlichen Abort eine schwere Metroperitonitis durchgemacht und erst nach drei Monaten das Bett verlassen, dann ging sie in die Pariser „Pitié“, wo der Arzt eine Verdickung der vorderen Uterinwand constatirte. Keine Besserung trotz langer Behandlung, endlich zu Maisonneuve gebracht mit hectischem Fieber, Erschöpfung, dumpfen Schmerzen im Unterbauch und den Lenden. Eine höckrige, harte, wenig druckempfindliche Geschwulst erfüllt das kleine Becken und reicht bis auf die rechte Hüftschaufel hinauf. Collum wenig geöffnet, die Uteruscontouren verlieren sich in dem Tumor. Uterus fest eingemauert. In der Scheide nichts Besonderes, eine leichtes Ectropium der Muttermundlippen liess M. im Collum eine weissliche Masse erkennen, die er mit der Sonde untersuchte. Zu seinem grössten Erstaunen constatirte M. eine „résistance lignée“ und konnte den unbekannten Gegenstand umgehen indem er eine Sonde auf- und abschob. Seitlich stand der Fremdkörper mit den Cervicalwänden in Verbindung. Ueberzeugt von der Gegenwart eines in der Uterinwand fixirten Fremdkörpers versuchte M. zuerst ihn mit einer langen Scheere zu zerschneiden um die Enden einzeln zu extrahiren. Vergeblich! Endlich lange Kornzange, Extraction gelang in toto ohne allzugrosse Schmerzen. Es war eine hölzerne Brosche von 122 mm Länge, an einem Ende spitz, am anderen abgebogen. Maisonneuve vermuthet, diese Brosche sei seiner Zeit eingeführt worden, um den Abort hervorzurufen. Fieber, aber Genesung, es hinterblieb jedoch der Beckentumor, ein entzündliches Conglomerat der sämmtlichen Beckenweichtheile. Allmählich nur verringerte sich der Tumor in der Folge.

56. **Dr. Kurtz** in Warschau extrahirte wegen Blutung sub abortu artificiali illicito zu einer verheiratheten Multipara geholt, die sich im vierten Monate einen elastischen Nélaton-Katheter hatte in uterum einführen lassen, ein etwa 13 cm langes abgerissenes und in utero zurückgebliebenes Stück desselben. Die Frucht war schon abgegangen, die Placenta und Annexa noch nicht. Manuelle Entfernung und Auskratzung, Genesung (1895).

57. **Dr. Kurtz** fand, zu einem $3\frac{1}{4}$ Monate schwangeren Fräulein wegen Blutung geholt, nach Ausräumung der die Scheide erfüllenden Blutklumpen einen spitzen Körper in cervice. Nach Extraction mittels Kornzange erwies sich derselbe als ein behufs Aborteinleitung in den Uterus eingeführter, etwa 10 cm langer elfenbeinerner gestielter Ohrlöffel, mit dem Löffel voran, eingeführt. Evacuation des Uterus. Genesung. (Nach mündlicher Mittheilung vom 14. März 1897.)

58. **Pichevin** (Nouv. Archiv. d'obst. et de gyn. 1892, No. 4 — siehe Centr. f. Gyn. 1894, No. 20, p. 496): „Pressschwamm im Uterus.“ Ein

Stück Pressschwamm war längere Zeit in utero verblieben; so lange antiseptische Ausspülungen gemacht wurden, keine Folgen, sobald letztere eingestellt wurden, übelriechender Ausfluss. P. warnt vor fabrikmässig schlecht hergestellten Pressschwämmen.

59. **Neugebauer** sah eine jüdische Feldscheerersfrau, die sich behufs Ermöglichung der Schwängerung von einer „klugen Frau" den Mutterhals durch Schwämmchen erweitern liess. Die Patientin erkrankte an Endometritis mit jauchendem Ausfluss, es kamen psychische Störungen, die bis zu einem Selbstmordversuch führten, hinzu, endlich, nach vergeblicher mehrmonatlicher Behandlung, wurde das Stückchen Schwamm von etwa 2 cm Länge und 1 cm Dicke spontan ausgestossen, worauf Genesung folgte.

60. **Monod:** „Rétention des tiges de laminaire dans la cavité utérine." Annales de la policlinique de Bordeaux 1893, p. 90.

61 u. 62. **Albertin** („Ueber Fremdkörper im Uterus." Province méd. No. 11 u. 12, 1895 — siehe Centr. f. Gyn. 1895, p. 984): A. stellt im Anschluss an eine eigene Beobachtung und eine Beobachtung von Pollosson 24 Fälle zusammen, von denen 2 noch nicht publicirt sind. In dem einen Falle wurde im Laminariastift $10\frac{1}{2}$ Monate, in dem anderen der Kohlencylinder einer Apostoli'schen Elektrode 8 Tage lang ohne jede Reizerscheinung im Uterus zurückgehalten und nach diesen Zwischenräumen spontan ausgetrieben.

63. **Wenczel** extrahirte post abortum eine Aehre ex utero (Centr. f. Gyn. 1897, No. 15, S. 411).

II. Gruppe.

64 u. 65. **Rokitansky** (Lehrb. d. path. Anat., Bd. III. Wien 1861, S. 500) erwähnt einzelne Fälle von Parasiten: Echinococcus als anomalen Uterusinhalt — in einzelnen seltenen Fällen mit Eröffnung des Sackes und Extravasation der Blasen nach innen und Abgang durch die Vagina (Hislop-Monthly. Journ. 1850 — siehe Schmidt's Jahrb. 1850) oder nach dem Peritonealsack (Wilton, Lancet 1840, 19).

66. **Schatz** beschrieb 1876 im IX. Bande des Archivs f. Gyn. p. 115 ff. einen Echinococcus im Ligamentum latum und einen Fall von Echinococcen in der Fossa iliaca. Davaine (Traité des Entozoaires. Paris 1860) hat 26 Fälle von Echinococcen im kleinen Becken zusammengestellt. Nach Schatz beschrieb Schluthaler (Oesterr. med. Jahrb. 14, S. 17) einen Echinococcus multilocularis des Uterus.

Böcker (I.-D. Berlin 1868. Fall 5) beschrieb Echinococcen im kleinen Becken, ebenso Cailleux (Gaz. des hôpit. 1868, p. 92), ebenso Emmert (Würtemberg. Correspondenzblatt 1871, S. 4), Echinococcus im Lig. latum beschrieb Böcker (l. c. Fall 31).

Wiener („Ueber Echinococcusgeschwülste des Beckens als Geburtshinderniss." Arch. f. Gyn., XI. Bd., 1877, S. 572) kennt aus der Literatur nur 6 Fälle von Echinococcus bei Schwangeren (3 Fälle von Davaine, erwähnt: Obs. 162, 163, 164 [es sind die Beobachtungen von Park, Blot und Roux]), einen vierten von Puchelt („Commentat. de tumoribus in pelvi partum impedientibus." Heidelberg 1840, S. 213, § 4), einen fünften von Birnbaum (Mon. f. Geb. u. Fr., Bd. 24, S. 248), einen sechsten von Sadler (Mon. f. Geb. u. Fr., Bd. 25, S. 73).

Newman (Transact. of the Obst. Soc. of London 1862, Vol. IV), Cailleux (Gaz. des hôpit. 1868, p. 366) beschrieben ebenfalls Echinococcen im kleinen Becken. Freund und Chadwick (The Amer. Journ. of Obst. IV, p. 668) in der hinteren Wand des Uterus und einen Fall von Echinococcen im Beckenzellgewebe, in einem das Ovarium (?) mitbetreffend, endlich einen Echinococcus im Douglas'schen Raume.

67. **Beigel** (Krankh. d. weibl. Geschlechtes, S. 503): Echinococcus des Omentum majus, drei Echinococcusblasen in der Uterinhöhle, Punktion vom Abdomen aus, 2 Jahre später Tod an Peritonitis.

68. **Graily Hewitt** (Transact. of the Obst. Soc. of London, Vol. XII, p. 135) fand Hydatiden im Uterus, nach Injection von Liquor ferri Heilung.

Haussmann (Arch. f. Gyn., Bd. XII, S. 163) beschrieb Echinococcen als Geburtshinderniss und erwähnt eine Beobachtung Finsen's in Island nach Krabbe (Virchow's Arch. f. path. Anat., Bd. 27, S. 233) und eine von Pauls (Preuss. Medicinalzeitung IV, N. F., Berlin 1861, No. 28, S. 221), sowie eine Beobachtung Küchenmeister's (siehe Birch-Hirschfeld's Lehrb. d. path. Anat. Leipzig 1877, S. 1177), wo ein Echinococcussack, mit der vorderen Uteruswand fest verbacken, dieselbe nach innen vorstülpte; im ganzen kleinen Becken und in der Uterusserosa zerstreute Echinococcen beschrieb Rohde (Arch. f. Heilkunde 1876, No. 1, S. 45).

W. A. Freund (Gynäkol. Klinik, Bd. I, Strassburg 1885) widmet in dem Abschnitte: „Das Bindegewebe im weiblichen Becken," S. 299 u. ff. dem Echinococcus ein ausführliches Capitel und erwähnt den Aufsatz von F. Villard: „Considérations cliniques sur les kystes hydatiques du petit bassin chez les femmes." Annal. de Gyn. 1878, T. 9, p. 101. — Freund selbst hat innerhalb 25 Jahren in Schlesien 18 Fälle und in Strassburg einen Fall von Echinococcus im grossen und im kleinen Becken bei Frauen gesehen und zählt hier seine 19 Beobachtungen auf, von denen die 8. einen Echinococcus im Uterus parenchym betrifft, und 3 Beobachtungen von Schroeder, die ebenfalls Echinococcus im Becken betreffen.

69. **Szancer** („Echinococcus der Gebärmutter bei einem zwölfjährigen Mädchen." Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1879, IV. Bd., S. 313—319): 12jähriges Mädchen, seit mehreren Monaten kränklich, ohne Esslust, abmagernd, oft galliges hartnäckiges Erbrechen, begleitet von starkem Schmerz längs des unteren Endes der Wirbelsäule. Nach $2\frac{1}{2}$ Monaten hörte das Erbrechen auf, aber nach jeder Stuhlentleerung so heftiger Drang und Brennen am After, dass das Mädchen gewaltsam den Stuhl zurückhielt. Harnentleerung halbstündlich, aber nur tropfenweise. Jucken an den Geschlechtstheilen, Stechen in der Harnröhre. Seit mehreren Wochen heftige Schmerzen im vergrösserten Unterleibe, gleichzeitig mit Entleerung eines dünnflüssigen, stärkekleisterartigen Ausflusses aus der Scheide. Ein Arzt erklärte das Leiden für Scrophulose und verordnete Leberthran, der aber ausgebrochen wurde. Nach langem vergeblichen Hin- und Hercuriren konnte X. das Bett nicht mehr verlassen und konnte nichts mehr geniessen unter beständigem Klagen, „dass ihr der Unterleib von innen auseinandergezerrt werde". Nach achtmonatlicher Krankheit verordnete ein Arzt Calomel und Süssmandelmilch. Erleichterung, aber in der folgenden Nacht so heftiges Erbrechen und Schmerzen, dass die Eltern das Mädchen schon für verloren hielten. S. wurde nun geholt und fand das Mädchen sehr abgemagert bei + 38,3 ⁰ C. und 112 Pulsen. Trockenheit im Munde, grosser Durst, grünliche, stinkende Stühle, oft Aufstossen und Erbrechen. Leib aufgetrieben, schmerzhaft. Uterus überragt als schmerzhafter Tumor, hart, unbeweglich die Symphyse 3 Querfinger

hoch. Kleine Labien und Hymenalsaum geschwollen und geröthet, aus der Scheide fliesst gelblicher, röthlich tingirter, fadenziehender Schleim. Ein Katheter, in die Scheide eingeführt, stösst in der Höhe von 5 cm auf einen weichen, elastischen Körper, der das Scheidengewölbe und die obere Parthie der Scheide ausfüllt. Dasselbe ergab sich bei Untersuchung per rectum. Noch keine Menstruation bis jetzt. Die Schmerzen waren nicht beständig, sondern kamen alle 10—20—30 Minuten und dauerten je 2—5 Minuten und von Vomitus begleitet. Bei den Schmerzen erschien der Tumor härter und durch die Hymenalöffnung floss mehr Schleim ab. Kein Exsudat und sonst nichts Abnormes im Becken. Bäder, Compressen, Clysma, Opium, Linderung. Später Pressschwamm mit Belladonnasalbe in die Hymenalöffnung, um mit dem Finger den vergrösserten Uterus zu erreichen, dessen Contractionen jene Koliken hervorriefen. Nach 5 Stunden erhielt S. die Nachricht, es sei unter heftigen Schmerzen etwas Schlangenähnliches abgegangen, und fand zu seinem Erstaunen einen weichen, gallertartigen, fast 2 cm breiten, messerrückendicken, graugelblichen, leicht zerreisslichen Körper, ungefähr 12 cm lang, zur Hymenalöffnung hervorquellen. Er zog denselben mit einer Pincette vollends vor und fand ihn 27 cm lang. Jetzt sickerte aus der Scheide ungefähr ½ Liter einer schmutzig-gelblichen, fadenziehenden Flüssigkeit heraus, in der eine Menge gelblicher Bläschen, theils einzeln, theils traubenförmig mit einander verbunden, suspendirt waren; sie waren von verschiedener Grösse, bis erbsengross, leicht zerreisslich, mit trübem, gelblichem Inhalt. Die Mutter gestand, dass sie, noch vor S. Ankunft, nachdem der Pressschwamm herausgestossen und in der Schamöffnung ein Stück eines ihr fremden Gegenstandes erschienen war, denselben theilweise extrahirt habe, wobei er abriss. Das Stück konnte nicht wieder gefunden werden. Es handelte sich um Echinococcus uteri. Der Uterus zog sich jetzt gut zusammen, statt faustgross, war er jetzt nur noch wallnussgross. Der Finger konnte wohl in den geöffneten Muttermund eindringen, aber nicht höher hinauf, vordere Lippe ectropionirt. Baldige Genesung nach Scheidenspülungen und Bädern, am 10. Tage verschwand jeder Ausfluss und Patientin verliess das Bett. S. nimmt an, dass der Echinococcus zuerst vom Darmcanal aus in die Peritonealhöhle bis zur Bauchöffnung der Tube und von dort, Dank der Bewegung des Flimmerepithels, in den Uterus gelangt sei, um dort seine weiteren Entwickelungsstadien durchzumachen. Küchenmeister (Arch. f. Gyn., Bd. XVII, S. 210) schildert einen sehr interessanten Fall von Echinococcus, der zu einer diagnostischen Verwechselung mit Extrauterinschwangerschaft geführt hatte. 13 Jahre später brach eine Echinococcencolonie spontan durch den Mastdarm nach aussen durch. Nach mehreren Jahren starb die Frau hectisch. Birch-Hirschfeld constatirte bei der Section hunderte von Echinococcuscolonien in der Bauchhöhle, verkreidete, verkalkte und frische. Ueber eine Betheiligung des Uterus nichts gesagt.

70. **Voigtel** (Handb. d. path. Anat., Bd. III, Halle 1805, S. 514) erwähnt auch den Abgang von Würmern aus dem Uterus.

71. **Stalpaart van der Wyl** (Observat. rar. Cent. II obs. XXIX, p. 311) beschreibt einen Wurm von der Länge ¼ Elle, der aus dem Uterus abging.

72—79. **Paullin** (Misc. Natur. Cur. Dec. II. An. V. Append. obs. XV, p. 16) kannte eine Bäuerin, mit deren Menstruationsblute jedesmal viele lange, weisse Würmer abgingen. (Ascariden?) Aehnliche Beispiele erzählen Schenk, Zacutus Lusitanus, Riedlin, Becker, Hartmann, Faber, Blancard, Schurig.

Es bleibt jedermann überlassen, diese Beobachtungen als zweifelhafte zu bezeichnen, dass aber die Möglichkeit des Austretens eines Bandwurmes z. B.

ex utero nicht zu leugnen ist, ist sicher, sobald einmal eine Uterointestinalfistel existirt, und letztere kommen in der That öfter vor, als bisher angenommen wurde. — (Ein Analogon ist die Beobachtung Pasquali's, der im höchsten Grade erstaunt war, einen Bandwurm aus der Scheide abgehen zu sehen, es war durch Pessarmissbrauch eine Rectovaginalfistel vorher entstanden.)

S. a.: **Tissier** (Annal. de Gyn. Février 1897, p. 163): Uterusruptur sub partu veranlasst durch Hydatidencysten in der Beckenhöhle. Tod. Section.

III. Gruppe.

A. Faeces.

80. **Buzzell** (North Amer. med. chir. Review. Sept. 1860, p. 901 — siehe Gaz. hebdom. de méd. et de chir. VIII. 1861, No. 39 — siehe Kulenkampff: „Retention abgestorbener Früchte im Uterus." D. J. Kiel 1874, l. c. p. 16): Eine Frau von 42 Jahren, die mehrmals rechtzeitig geboren und einige Male abortirt hatte, wurde von neuem schwanger, und im April 1858 schien die Geburt zu beginnen; aber die Wehen waren gleich anfangs sehr schwach und hörten plötzlich ganz auf. Die Frau hatte sich für schwanger gehalten, weil sie deutliche Kindsbewegungen gefühlt und auch die anderen ihr bekannten Schwangerschaftszeichen bemerkt hatte; die Menstruation bestand jedoch bis zur Geburt regelmässig fort, was bei allen früheren Schwangerschaften auch der Fall gewesen war. Im October 1859 erlitt Patientin einen Fall und klagte darauf über heftige Schmerzen. Das Abdomen war gespannt. Erbrechen und Husten stellten sich ein, und im Februar 1860 erfolgte der Tod.

Bei der Section fand man reichliche Adhäsionen zwischen dem Uterus und den anderen Eingeweiden, besonders mit dem S-Romanum. Der Uterus enthielt einen Foetus in natürlicher Lage; aber von der Placenta war keine Spur zu entdecken; in der Gebärmutterhöhle befand sich eine Kanne dicker, gelber Flüssigkeit. An der linken Seite des Uterus zeigte sich eine Communication seiner Höhle mit dem Colon, und war der linke Arm des Foetus bis zur Schulter in diese Oeffnung eingedrungen.

81. **Mordhorst** theilt einen von Cheston beobachteten Fall mit in der „Deutschen Klinik" 1872, No. 17—18 — siehe Kulenkampff l. c. S. 17): Frau N., 36 Jahre alt, hat zweimal ohne Schwierigkeiten geboren, zuletzt vor 10 Jahren und erwartet Ende Juli ihre dritte Entbindung. Eine Woche vor diesem Termin stellten sich Ziehen und Schmerzen im Unterleib ein, die ihr jedoch erlaubten, umherzugehen, 5 Tage darauf liessen sich Blutspuren sehen. Am 30. stellten sich kräftige Wehen ein, die 2 Stunden anhielten, ohne einen Einfluss auf die Erweiterung des Muttermundes auszuüben und die dann in Krampfwehen übergingen. Nachdem sie 24 Stunden gedauert hatten und der Muttermund sich noch nicht genügend erweitert hatte, hörten die Wehen plötzlich auf und bekam Patientin ein heftiges Erbrechen von scheusslich riechenden Massen. Das Erbrechen wiederholte sich mehrmals während der Nacht. Wie die Frau sich die ersten Stunden nachher befunden hat, muss dahingestellt bleiben, da der Mann zu dem weit entfernt wohnenden Geburtshelfer gegangen war, der ihm etwas aufschrieb und ihn tröstete, dass die Geburt bald glücklich von statten gehen würde. Als der Mann zurückkam, befand sich die Frau ziemlich wohl mit unbedeutenden Schmerzen; Kindsbewegungen hatte sie seit dem Aufhören der Wehen nicht mehr gefühlt. Einige Tage nach dem Eintritt der Wehen wurde sie von einem Unwohlsein befallen, welches mit Frösteln eingeleitet und von

trockener Hitze begleitet wurde. Am 10. Tage bemerkte man eine blutig wässrige Flüssigkeit, die in nicht unbedeutender Menge aus den Genitalien abfloss. Von jetzt an nahm der Ausfluss einen putriden Geruch an, der zuletzt so stark wurde, dass das ganze Haus danach roch; der herbeigeholte Arzt meinte, man könne die Ausstossung der Frucht ruhig abwarten. 15 Wochen nach Eintritt der Wehen wurde dann Dr. Mordhorst herbeigerufen, nachdem 5 oder 6 Rippen nebst einigen Wirbelkörpern durch den Darm entleert waren. Patientin ist sehr anämisch, abgemagert und klagt über Schmerzen im Becken. Der untersuchende Finger stiess gleich in der Scheide auf einen Schädelknochen, der theils noch im Uterus sass und theils denselben unten und hinten durchschnitten hatte, so dass er in die Vagina vorragte. Es wurden nun möglichst viele Knochen entfernt; doch war Patientin durch diese Operation so erschöpft, dass eine Untersuchung per anum nicht mehr unternommen werden konnte. Die Frau erholte sich dann allmählich wieder und klagte nur über Abgang flüssigen Kothes, der durch die Vagina absickerte und unverdaute Theile der kurz vorher genossenen Speisen enthielt. Nachdem noch einzelne Knochen entfernt waren, schloss sich die Fistel langsam und gingen 8 Monat nach der misslungenen Geburt nur noch nach der Menstruation geringe Kothmengen durch die Vagina ab. (Es bestand nach Mordhorst's Untersuchung eine Communication zwischen der Uterushöhle und der Mitte des Dünndarmes.)

82. **Demarquay** (Gaz. méd. de Paris 1867, p. 341, und Annales de Gyn., Bd. XVIII, p. 421): Demarquay beschrieb seine Beobachtung als Fall von Utero-Intestinalfistel, Verneuil aber 8 Jahre später als Vagino-Intestinalfistel. Die 36jährige Hebamme B. trat 1867 in Demarquay's Spitalklinik ein und zwar 6 Wochen nach ihrer achten Entbindung. Diese letztere war sehr schwer und nach dreitägiger Dauer mittels Zange beendigt. Die Frau selbst beschuldigt den Arzt, sie beschädigt zu haben, sie giebt jedoch zu, dass die Entbindung trotz normaler I. Schädellage eine schwierige war und der Kunsthilfe bedurfte, und dass die Kothfistel erst viele Tage nach der Entbindung auftrat, indem die Frau selbst in den ersten 15 Tagen nichts Aussergewöhnliches bemerkte, bis auf leichte Leibschmerzen und „un peu de métrite", es war jedoch weder Erbrechen vorhanden noch sonst ein Zeichen von Peritonitis. Erst als Patientin das Bett verliess, bemerkte sie Abgang von Koth durch die Scheide, und 4 Tage lang entleerte sie Stuhl durch den Mastdarm und die Scheide, später nur noch per vaginam. Der Stuhl, welcher bis jetzt ausschliesslich durch die Scheide abgeht, wird gewöhnlich 3 Stunden nach der Mahlzeit entleert, ist gelblich, halbflüssig, geruchlos; ist der Stuhl weniger copiös, so ist er gallig gefärbt. D. constatirte, dass der Stuhl ex cervice abfloss und dass das Collum uteri ödematös war, Ectropium mit weiterem Vorstehen der Vorderlippe. Der Finger constatirt an der Vorderwand des Uterus am Uebergange des Collum in das Corpus eine Oeffnung, welche die Sonde passiren lässt, den Knopf der Sonde tastete man durch die Bauchwand in der Nähe des Nabels. Uterus nach links, Blase nach rechts dislocirt. D. constatirte demgemäss eine Uterointestinalfistel.

Verneuil (Annales de Gyn. 1882, T. XVIII, p. 425) fand 1875 bei derselben Frau, 8 Jahre nach der Entbindung, eine Intestinovaginalfistel, und zwar an der Kuppe des hinteren Scheidengewölbes, mehr links 2 cm vom Muttermunde entfernt. Verneuil versuchte mehrfach vergeblich den operativen Verschluss dieser Fistel, die den Finger in den Dünndarm eindringen liess. Aller Wahrscheinlichkeit nach handelte es sich bei den Beobachtungen beider genannten Aerzte um dieselbe Patientin, und dürfte sich Demarquay in der topographischen Bestimmung des Sitzes der Fistel geirrt haben. (Siehe Rosenthal: l. c. p. 583—586).

83. **Duparcque** (Geschichte der Durchlöcherungen, Einrisse und Zerreissungen des Uterus, der Vagina und des Perineums, bearbeitet von Nevermann 1838, S. 4): 53jährige Frau, seit 4 Jahren schon ohne Regel, bekommt nach abusus in Venere Blutungen, die sich in unregelmässigen Epochen wiederholen. Nach einiger Zeit schwand die Blutung, aber der Unterleib schwoll so an, dass er bis an die Kniee herabhing. Auf wiederholtes Erbrechen einer schwärzlichen Masse folgten Marasmus und Tod. Section: Uterus ungeheuer ausgedehnt, Wände ausserordentlich dünn. Hals zurückgedrängt und durch eine steatomatöse Geschwulst verstopft, welche sich oben an der rechten Seite befand. Der Uterus enthielt eine grosse Menge Materie ähnlich der, welche die Kranke erbrochen hatte, womit der Magen und das Duodenum ebenfalls angefüllt waren. An der Stelle, wo der Uterus und Magen zusammengewachsen waren, fand man eine Perforation (siehe Meinert l. c. p. 283).

84. **Góth** („Ein Fall von Aussetzen der Geburtsthätigkeit, »missed labour", nebst Bemerkungen über die Aetiologie dieser seltenen Erscheinung." Archiv für Gyn., Bd. XXXII, Heft 2 — siehe Centr. f. Gyn. 1888, No. 44, S. 727): 26jährige gesunde Frau, im Anfang des 9. Schwangerschaftsmonates heftige Erschütterung durch Fall. Kindesbewegungen hörten auf, aber 6 Wochen lange Peritonitis. Am normalen Schwangerschaftsende 4 Tage lang Fruchtwasserabfluss, aber keine Wehen. 3½ Monate hindurch entleerte sich aus den Geschlechtstheilen fortwährend eine höchst übelriechende Flüssigkeit, welche in den letzten 6 Wochen sehr an Menge zunahm. Es bildete sich eine Uterus-Dickdarmfistel, durch diese wurden nun Knochen und zahlreiche häutige Gebilde (Fascien, Reste des Mesenteriums) entleert. Schliesslich wurde die Cervix sub narcosi bilateral gespalten, ein in der Uterusschleimhaut festgekeiltes Knochenstück, welches den Weg durch den inneren Muttermund gesperrt hatte, losgemacht und die noch im Uterus zurückgebliebenen Foetalreste (Schädelknochen, Arm- und Schenkelknochen) ausgeräumt. Heilung.

85. **Graf** („Atresie der Scheide mit abnormen Menstruationswegen." Virchow's Archiv 1860, IX. Bd., S. 548 — siehe Meinert: in den Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn., VI. Congress, Leipzig 1895, S. 281): Bei der 25jährigen Patientin, die angeblich nie schwanger gewesen war, wurde in Mai 1856 nach ulcerativer Vaginitis eine Verwachsung des grössten Theiles der Scheide constatirt. An Stelle der Menses traten grässliche Beschwerden auf. Dieselben verringerten sich jedoch seit August desselben Jahres dadurch, dass das Blut allmonatlich durch den Mastdarm abging. 1857 bemühte sich Prof. Busch zweimal vergeblich, die Atresie operativ zu beseitigen. Im October 1857 liess sich zur Zeit der Menses der vergrösserte Uterus durch die Bauchdecken hindurch im grossen Becken fühlen. Im November desselben Jahres stand die Patientin unter Beobachtung Dr. Fischer's, der eine Communication zwischen Uterus und Rectum constatirte. Nach der Kur in Köln hörten die Blutungen aus dem Darm auf, und die katamenialen Beschwerden erreichten eine nie gekannte Höhe. Erleichterung trat erst wieder ein, als im Februar 1858 eine auf starker Blutunterlaufung beruhende Schwellung der linken Nates hervortrat und wieder verschwand, um im März und April wiederzukehren. Im Mai wurde der erlösende Einstich gemacht, wobei eine enorme Quantität dunklen, syrupartigen Blutes abfloss. Von nun an menstruierte die Frau regelmässig aus dieser, in der Entfernung von 1 Zoll von der Mastdarmöffnung angelegten Fistel.

86. **E. Kaufmann:** „Perforation eines tuberkulösen Dünndarmgeschwüres in die durch Myome deformirte Uterushöhle. Atresie der Cervix. Doppelte Perforation des Uterusinhaltes: a) in den Dünn-

darm, b) durch die Bauchdecken nach aussen in Nabelhöhe (widernatürlicher After). (Archiv f. Gyn., Bd. 29, S. 407.) K. constatirte den obigen Befund bei einer Section und hält ihn für ein Unicum. 43jährige kinderlos verheirathete Frau, seit vielen Jahren Tumor im Bauch, später härter und kleiner geworden. Kreuzschmerzen, später Ascites und Schwellen der Beine. Vor mehreren Monaten entstand links vom Nabel eine Kothfistel. In letzter Zeit Zunahme der Stauungserscheinungen, also Spital. Nach 2 Tagen Tod. Wegen Agonie nicht erst durch Untersuchung gequält, Vermuthungsdiagnose: Von den Beckenknochen ausgehendes Sarcom. K. hat seine einzig dastehende Beobachtung ausgezeichnet mit Abbildung beschrieben, worauf ich verweise. Hier sei nur die Epikrise wiedergegeben: Jahrelang bestehende Myome des Uterus, zum Theil stark verkalkt, führten zu einer hochgradigen Gestaltveränderung und Verzerrung der Uterushöhle mit ausserordentlicher Dehnung der am oberen Ende abgeknickten und verschlossenen Cervix. Es entstanden zahlreiche Verwachsungen mit Darmschlingen und der vorderen Bauchwand, Folgen peritonitischer Reizung durch die Tumoren. Es trat eine primäre Darmtuberkulose hinzu, welche vereinzelte Geschwüre und sekundär eine dichte Saat von peritonealen Tuberkeln setzte. Vom Peritoneum aus erfolgte eine tuberkulöse Infection der linken Tube. Ein tuberkulöses Dünndarmgeschwür brach in die Höhle des Uterus durch, die sich jetzt mit Koth füllte, worauf eine heftige gangränescirende Entzündung in der Uterushöhle auftrat. Die verkalkten Myome wurden dadurch oberflächlich erweicht. Die Gangrän führte dann weiter zum Durchbruch durch Uteruswand und Bauchdecken (anus praeternaturalis in der Nabelgegend) und zu einer zweiten Perforation, einer einfachen Nekrose eines tieferen Darmabschnittes, einer anderen Dünndarmschlinge, so dass der aus einer Darmfistel in die Uterushöhle gelangende Koth theilweise durch die Uterusbauchdeckenfistel nach aussen entleert wurde, theilweise durch die zweite Uterusdarmfistel wieder in den Darm eintrat. Die Perforation des tuberkulösen Darmgeschwüres in die Uterushöhle dürfte etwa 3 Monate vor dem Tode erfolgt sein. Tod infolge Kachexie und allgemeinem Stauungshydrops.

87. **Kosiński**: „9monatliche Retention eines abgerissenen in utero zurückgebliebenen Kopfes" — (siehe Neugebauer: II. Bericht über die neueste polnische gynäkologische Literatur, No. 29, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1896, Februar, Bd. III, Heft 2, S. 150.) Ipara, Dystokie, Excerebration, sub II. partu vor 9 Monaten, nach 6tägiger Dauer ein Arzt geholt, Wendung, Extraction, Kopf abgerissen. Die ganze Zeit hindurch Fieber, jetzt elendes Aussehen. Sonde per vaginam eingeführt weist Knochen nach. Der Kopf lag in einer Höhle, deren Wand, wie sich später zeigte, nur theilweise von der Uteruswand gebildet wurde, die andere Wand fehlte infolge von Uterusruptur oder -Druckusur. Der Kopf war theilweise extrauterin eingekapselt, von Eiter umspült. Unebener Tumor, die Symphyse überragend. Enges Becken. C. vera 6 cm. Wegen Enge des Muttermundes und befürchteter Verletzungen Bauchschnitt. Dabei entdeckt man eine Communication der Höhle, in der der Schädel lag, sowohl mit dem Dünndarm als auch mit dem Dickdarme. K. resecirte das betreffende Dünndarmstück mit zugehörigem Gekröse und vernähte die zuständigen Dünndarmschlingen mit einander. Die Dickdarmfistel liess K. bestehen, da Resection wegen Verwachsungen unthunlich erschien. Es blieben also 2 Fisteln des S-Romanum bestehen, die zu- und abführende Oeffnung des Darmes, während die Dünndarmfistel beseitigt worden war. Die entblössten Schädelknochen hatten in das Darmlumen hineingeragt. Tamponade der hinterbleibenden Wundhöhle, Bauchschnitt bis auf den unteren Winkel geschlossen, Gaze herausgeleitet. Um den Abfluss des Kothes ex utero einigermassen zu erleichtern, dilatirte K. den

Cervikanal stumpf etwas. Zur Controle sub operatione ein Clysma rectale applicirt, das durch Uterus und Scheide wieder abfloss, ohne in die Bauchhöhle zu gelangen. Günstiger Verlauf, anfangs Kothfluss e vagina. Zweimal täglich Ausspülung. Allmählich spontaner Verschluss der Dickdarmfistel nach dem Uterus zu, es bildete sich aber eine Communication zwischen Dickdarm und Bauchwunde aus, nach Extraction des Gazestreifens manifest; nach 3 Wochen noch gelangt eine Sonde von der Bauchwunde aus in den Dickdarm, es floss aber kein Koth aus, voraussichtlich infolge einer Art Klappenbildung durch eine Schleimhautfalte. Genesung und spontaner Verschluss der Dickdarmfistel sowohl nach der Uterushöhle als auch nach der Bauchwunde zu. Neugebauer fand bei Untersuchung vor der Operation das Collum uteri involvirt, den Muttermund nur wenig klaffend. Sub operatione erwies sich ein Defect der Uteruswand rechterseits. Ob hier eine Ruptur sub partu erfolgt war oder eine spätere Druckusur, hat weder Kosiński noch Neugebauer feststellen können, umsomehr als eine genaue Anamnese von Seiten der Kranken, einer schlichten Bäuerin, nicht zu erlangen war. N. hält eine Druckusur angesichts der vorgefundenen Darmfisteln für wahrscheinlicher. Selbstverständlich handelte es sich hier nur um Retention der Schädelknochen, da der Schädelinhalt so wie die Augäpfel, die häutigen Decken und Haare etc. längst theilweise in jauchiger Colliquation spontan eliminirt waren.

88. **Raczynskij** („Eine Operation einer Enterocervikalfistel.“ Jahrb. für Geb. u. Fr. 1892, S. 1201 [Russisch]). 30jährige III para, 2 Zangenentbindungen bei engem Becken mit C. vera 8—8½ cm, C. ext. 17½ cm, C. diag. 10 cm. Die dritte Entbindung August 1890 nach 3tägiger Dauer ebenfalls mit Zange beendigt. Schon am nächsten Tage gingen Faeces durch die Scheide ab. 3 Wochen später trat Patientin in v. Ott's Klinik ein wegen eitriger Bartholinitis und Faecalfistel. Auf den ersten Blick schien es sich einfach um eine Rectovaginalfistel zu handeln, aller Stuhl und Winde gingen nur durch die Scheide ab, eine genauere Untersuchung in Narkose sprach jedoch dagegen. Die Aetiologie der Fistel wurde so gedeutet, dass sub partu eine Cervicovaginalruptur stattfand, dass der Darm sich darin einklemmte und einwuchs, dann aber die Perforation entstand. Diese Deutung erscheint sehr fraglich, indem die Faeces schon am nächsten Tage post partum durch die Scheide abgingen. Die gesammte Krankengeschichte ist leider so verworren geschildert, dass man unmöglich ein klares Bild vom Sachverhalt verlangen kann. In dem Befunde ist zunächst eine Rectovaginalfistel geschildert, dann heisst es, in Voraussetzung einer Laparotomie behufs Enterorrhaphie sei die Kranke in die chirurgische Klinik übergeführt worden, da eine directe Vernähung der Fistel von der Scheide aus unthunlich erschien. In der chirurgischen Klinik wurde zunächst mehrmals Dupuytren's Spornklemme angelegt, und nachdem der Sporn in dem anus praeternaturalis vernichtet war, die Intestinalfistel durch directe Umsäumung und Naht verschlossen, aber keine Heilung trotz zweimaliger Operation am 13. Februar und 16. April 1891. Am 28. Mai 1891 Patientin mit ihrer Kothfistel entlassen. Am 22. Januar 1892 trat sie wieder in die Klinik v. Ott's ein, der im Cervikalcanal eine Kothfistel mit Ectropium der Darmfistelränder fand und angesichts des vorhandenen Ectropium den Muttermund auf blutigem Wege durch die Naht verschloss. Heilung, Menstruation fortan per rectum entleert. — Die Intestinalfistel scheint der Beschreibung nach die Flexur betroffen zu haben. Wie gesagt ist die gesammte Schilderung sehr unklar und widerspruchsvoll. — (Siehe auch ibid. p. 1104: Vielleicht bestand ursprünglich eine Einklemmung des S-Romanum in einen cervicovaginalen Riss vom Cavum Douglasii aus, der vaginale Antheil des Risses verheilte nach der Operation, der cervicale bestand fort.)

89. **Rosenthal** („Fistula intestino-uterina.“ Gazeta Lekarsha 1893, No. 23, S. 581—589) vollzog am 16. August 1892 einen Bauchschnitt, bei dem ich auf seinen Wunsch assistirte, wegen Uterointestinalfistel und beschrieb seine Beobachtung ausführlich mit Bericht über die einzigen von ihm in der Literatur gefundenen Fälle von Simpson, Scharlan, Demarquay und Smyly. Die Beobachtung Simpson's ist nicht durch Nekropsie erhärtet, die Utero-intestinalfistel im Falle Scharlan's soll nach R. künstlich sub nekropsia entstanden sein, im Falle Demarquay's soll es sich um eine Vaginointestinal-fistel gehandelt haben (siehe L. V. Pétit: „De l'anus contre nature iléovaginal et des fistules intestino-utérines.“ Annales de Gyn. 1882—1883), nur in dem einzigen Falle Smyly's soll die Diagnose zweifellos berechtigt sein, weil durch Bauchschnitt erhärtet.

Sara G., 20jährige I para, vor 4 Wochen entbunden, trat am 16. Juli 1892 in die Klinik ein. Im 15. Lebensjahre Typhus abdominalis, vor 15 Monaten Heirath. In der Schwangerschaft ab und zu Leibschmerzen. Entbindung dauerte 2 Tage und verlief spontan bis auf manuelle Lösung der Placenta. Normales Wochenbett, am 10. Tage aufgestanden, am 15. Tage Abgang von Faeces durch die Scheide bemerkt. Nach einigen Tagen hörte die normale Stuhlentleerung ganz auf. — Scheide jetzt intakt, Finger geht bis zum inneren Muttermunde ein, Faeces entleeren sich durch den inneren Muttermund in die Cervix und Scheide. Faeces halbflüssig, gelblich, gallig gefärbt, wenig übelriechend. Nach den Mahlzeiten und bei Druck auf den Uterus entleert sich mehr Stuhl. Eingiessung von Wasser mit Methylviolett (1 Liter Clysma) in das Rectum schliesst Dickdarmfistel aus. Dilatatio colli uteri durch 48stündige Gazetamponade. Der Finger constatirt jetzt die Fistelöffnung in ipso fundo uteri. Während der Zeit der Tamponade Stuhlentleerung auf natürlichem Wege, aber auch Gaze von dünneren Faecalien durchtränkt. R. wartete mit der Operation bis zur 7. Woche, aber die Kranke wurde immer elender, die Ernährung verfiel, die Beine schwollen an, intermittirendes Fieber, Fröste, Septikaemie. 16. Juli Operation, da ein längeres Zuwarten gefährlich, Bauchschnitt. ileum 6 cm breit cum utero verbacken, Exsudat rings herum. Stumpfe Trennung des Darmes vom Uterus, wobei derselbe an zwei Stellen einriss, so dass er jetzt 3 Löcher aufwies. Fingerweites Loch in der Uterinwand, Wände des Fistelganges schmutziggrau, ödematös. Lambert'sche Nähte für den Darmverschluss und 5 tiefe serosomusculäre Uterinnähte. Schlechter Zustand wegen Sepsis, Collaps und Tod 42 Stunden post operationem.

Section: Putrescentia musculi uteri, endometritis chronica cachectica, Peritonitis adhaesiva. — Nach Pétit entstehen uterointestinale und vagino-intestinale Fisteln durch 1. Uebergang von Krebs vom Uterus auf den Darm, 2. durch Platzen des Sackes einer Extrauterinschwangerschaft gleichzeitig in den Darm und in die Scheide, 3. durch Incarceration des Darmes in einer Rissstelle des Uterus oder der Scheide, 4. durch entzündliche Verlöthung des Uterus mit einer Darmschlinge. — R. glaubt, in seinem Falle sei die Uteruswand bei Lösung der Placenta mit dem Finger durchbohrt worden und die Darmanwachsung sei eine der Schwangerschaft vorausgegangene. R. bedauert den septisch inficirten Uterus nicht entfernt zu haben.

90. **Ulrich** (Monatsschr. f. Geb., Bd. X, S. 173): Mehrgeschwängerte. Schwangerschaftsbeginn Mitte Mai 1854. Nach einem Sturze (anfangs October) Frostanfall, später Wasserabfluss, Metrorrhagie, schwache, wehenartige Schmerzen. Patientin erholte sich hierauf ohne abortirt zu haben; aber es begann ein eitriger Ausfluss aus den Genitalien, in welchem auch (Februar 1858) Placentastücke enthalten waren. Später gingen in verschiedenen Zwischenräumen foetale Knochen

ab. Die Frau starb etwa 2 Jahre darauf an Tuberculose, nachdem lange Zeit hindurch alle Knochen des Foetus durch den Darm entleert worden waren. Die Section wies eine Communication zwischen Dünndarm und Uterus nach. Ulrich gaubt nach Liebmann's Bericht (l. c S. 62), dass ein Hinderniss im Orificium internum, vielleicht eine Placenta praevia, die Austreibung des Foetus hintangehalten habe. Der längere Aufenthalt des Foetus im Uterus sei dann die Ursache der Endometritis und Perimetritis und mittelbar der Erweichung des Uterusgewebes und des Durchbruches in den mit dem Uterus verwachsenen Darm gewesen. Liebmann hingegen hält eine andere Deutung aufrecht: Die Blutung und der Abgang der Placenta vor den Foetusknochen sprechen nicht für Placenta praevia, sondern nur dafür, dass sich die Placenta gelöst hatte. Dass der Foetus zurückgehalten wurde, mag durch die diese Vorgänge begleitende Endometritis bedingt gewesen sein. Wäre die Zurückhaltung die Folge eines Hindernisses im Orificium internum gewesen, so wären (wenigstens nach Analogie mit anderen Fällen zu urtheilen) die Wehen sehr stürmisch aufgetreten.

91. **Wageminge** (Nederlandsch Lancet. 1840, Jahrg. II, p. 578 — siehe Schmidt's Jahrb., Bd. 28, p. 77 — cit. nach Kulenkampff, p. 10): Johanne de Bruin wurde 3 Jahre nach einer glücklichen Entbindung zum zweiten Male schwanger. Im 7. Monate fiel sie, mit ihrem Kinde auf dem Arm, in der anderen Hand einen Eimer Wasser tragend, rücklings eine Treppe hinunter, ohne sich jedoch bedeutend dabei zu verletzen. Im 9. Monate sah sie dann eines Tages zwei Reiter auf sehr grossen Pferden, die ihre lebhafte Aufmerksamkeit erregten. Anderen Morgens fühlte sie sich krank und klagte über einen schweren Traum, der sie beim Erwachen noch ängstigte; sie träumte, dass sie von den beiden Pferden verfolgt sei und dabei in die linke Seite gebissen sei. Von da an fühlte die Frau kein Lebenszeichen des Kindes mehr. Es stellte sich ein blutiger Ausfluss aus der Vagina ein. Als Wageminge zur Kranken kam, stand die Blutung, und, da Wehen vorhanden waren, glaubte er die weitere Aufsicht der Hebamme überlassen zu können; eine innere Untersuchung wurde der Blutung wegen nicht gemacht. Den zweiten Tag trat abermals eine Blutung auf, die wieder bei Ankunft des Arztes stand; bei einer vorgenommenen Exploration zeigte sich alles ganz normal, nur war keine Dilatation des Muttermundes wahrzunehmen. Die Wehen nahmen darauf ab und die Brüste fielen ein. Mit Ausnahme einiger geringfügiger Blutungen, die jedesmal einem gelinden Adstringens wichen, war Patientin dann ganz gesund. Nach 3 bis 4 Jahren sah W. die Frau wieder und klagte sie ihm, dass sie seit 1 Jahre an fauligen Diarrhoen litte, die sie mit den Worten schilderte: „Gerade wie Wasser, und als ob ich einen todten Menschen im Leibe hätte.“ Dabei war sie sehr abgemagert. Es wurde Wein und Chinin verordnet und der Frau anbefohlen, genau auf ihren Stuhlgang zu achten. — Als 6 Jahre seit der Befruchtung verflossen waren, brachte dann der Mann einen Schenkelknochen, der mit dem Stuhl abgegangen war. Eine Untersuchung ergab nichts Besonderes, da es bei völlig geschlossenem Muttermunde unmöglich war, mit dem Finger in den Uterus eindringen; bei der exploratio per anum zeigte sich in der Höhe von etwa 3 Zoll an der vorderen Mastdarmwand eine Oeffnung, durch die der Finger in eine mit breiigen Massen und Knochen gefüllte Höhle gelangte. Die Oeffnung war rund und schien einer ziemlich beträchtlichen Ausdehnung fähig. Bei genauerer Untersuchung überzeugte sich W., dass es die Gebärmutterhöhle sei, welche diesen Inhalt berge. Die Schädelknochen bildeten eine Kapsel, in der die übrigen Knochen zusammengeballt lagen wie in einer Schachtel. Es wurden darauf innerhalb 2 Monate zu

verschiedenen Malen 136 Knochen entfernt, und in der Zwischenzeit fleissige Injectionen mit Olivenöl gemacht. Der Uterus zog sich nach Entleerung seines Inhaltes gut zusammen. Die Mastdarmuterusfistel schloss sich rasch mit Hinterlassung einer später deutlich fühlbaren Narbe. Die Frau erholte sich sehr bald und erlangte ihr früheres blühendes Aussehen wieder. Die Menstruation stellte sich wieder ein und war bis mehrere Jahre nachher immer regelmässig.

92. **C. Rokitansky** (Lehrb. d. pathol. Anat., III. Bd., Wien 1861, S. 483) beschreibt die Vereiterung eines gestielten Uterusfibroides von Hühnereigrösse, Verlöthung des Eitersackes mit dem Rectum und Durchbruch in dasselbe mit 3 Oeffnungen.

93. **Francisci Rousseti** (Hysterotomatokia gallice primum edita nunc opera Caspari Bauhini latine reddita. Basileae 1588, p. 790): Für Krebs angesehene Verhärtung an der schwangeren Gebärmutter: Das Kind wurde theilweise durch den Mastdarm ausgestossen. 1565 starb die Frau, bei der Section fand man im Uterus Foetalknochen.

94. **Scharlau** („Beckenverengerung mit nachfolgender Putrescenz des Fundus uteri.“ Monatsschr. f. Geb. u. Fr., Berlin 1866, p. 1): „Pelvis ubique justo minor. Vorzeitige Zangenversuche mit Sprengung der rechten Synchondrose, Durchstossung des Scheidengewölbes, Zerreissung des Mutterhalses und der Scheide, Perforation. Tympanites uteri. Kephalotrypsie. Mesnard-Stein'sche Zange. Im Wochenbett Peritonitis und Gangraenae vaginae. Endometritis. Putrescentia uteri. Spontane Perforation des Fundus uteri und Durchbruch in den angelötheten Darm. Exitus lethalis die decima sexta post partum.“

34 jährige I. pariens, zweimalige vergebliche Zangenversuche in der Stadt, dann in E. Martin's Klinik gebracht bei noch lebendem Kinde. Rechterseits ein bis zum Scheidengewölbe reichender Scheidenriss constatirt: rechts vom Mutterhalse drang der Finger durch einen Riss im Scheidengewölbe in das periuterine Zellgewebe ein. Muttermund vielfach eingerissen, rechterseits ein tiefer Riss. Grosse Kopfgeschwulst bei I. Schädellage. Gleichmässig allgemein verengtes Becken. Vorläufig, da das Kind lebte, Abwarten. Sobald der Tod des Kindes constatirt war, Perforation, dann wieder Zuwarten, Tympanites uteri, Dyspnoe, kein Tiefertreten, also Kephalotrypsie, da aber nach Herabziehen des Kopfes ein Abgleiten drohte, Kephalotryptor abgenommen und Geburt mit Mesnard-Stein's Zange beendigt. Placenta kam sofort nach dem Kinde. Secale und Eisumschläge. Entbindung am 3. Tage nach Wehenbeginn. Am 2. und 3. Tage post partum spontaner Stuhlgang, Diarrhoe. Hohes Fieber bis + 40,3° C. Peritonitis, übelriechende Lochien, Meteorismus. Nekrotische Fetzen entleeren sich bei Scheidenspülung in der Folge am 9. Tage. Breiiger Stuhlgang spontan. Gangraen des Scheideneinganges, das hohe Fieber dauert an. Sepsis, Schüttelfröste. Am 15. Tage + 41,5° C. — 120 — stinkender Ausfluss aus der Scheide und zweimal ex ano schwärzliche, theerartige Massen entleert, Somnolenz. Agonie, Abgang schwärzlicher Faeces und am 16. Tage post partum Tod unter Collapserscheinungen. Section: Peritonitis diffusa, alle Darmschlingen verklebt: eine über dem Fundus uteri hinziehende Dünndarmschlinge ist daselbst durch dicke fibrinöse Auflagerungen verlöthet. Uterus ganz seitlich auf die linke Darmbeinschaufel gelagert, mit seinem Fundus nur zwei Finger breit unter dem Nabel stehend. Von seiner vorderen Wand reichen Exsudatmembranen über die Harnblase weg zur vorderen Beckenwand; ebenso sind breite zarte Membranen und feine Fäden über den Douglas'schen Raum gespannt. An der rechten Uterinwand ist das Peritoneum in der Gegend des Mutterhalses missfarbig und abgehoben und lässt nach dem Einschneiden eine jauchig-eitrige Flüssigkeit aus-

fliessen — Venae spermaticae ohne Thromben. Nach Ablösung der mit dem Gebärmuttergrunde verklebten Darmschlinge zeigt sich eine von dünnen, zackigen, missfarbigen Rändern umgebene guldengrosse Perforationsöffnung im Uterus, ihr entsprechend eine kleine Oeffnung in der mit ihm verklebt gewesenen Darmwand, sodass eine directe Communication zwischen Uterushöhle und Darmcanal bestanden hat. Es scheint der Beschreibung nach, dass es sich um eine Metritis dissecans gehandelt hat. Die Innenfläche des Uterus ist mit einer erweichten, eitrigen, schwärzlichen, putrescirenden Masse überdeckt, welche sich zum Theil durch den Wasserstrahl entfernen lässt, zum Theil aber auch in schwärzlichen Fetzen anhängen bleibt. Die Muscularis ist im unteren Uterinsegmente gut erhalten und ziemlich derb, ziemlich scharf gegen die nekrotisirte Schleimhaut abgesetzt, je weiter nach oben jedoch, desto mehr greift der Nekrotirungsprocess tiefer und tiefer in die Muskelsubstanz ein, namentlich findet sich an der hinteren Uterinwand eine thalergrosse Höhlung, welche bis auf den Peritonealüberzug dringt; im Fundus selbst ist die Muscularis an einer über thalergrossen Stelle vollkommen zerstört und das Cavum uteri nur noch durch das verdickte Peritoneum gegen die Bauchhöhle abgeschlossen; das Peritoneum selbst ist nur soweit zerstört, als der Fundus von der mit ihm verklebten Dünndarmschlinge überdeckt ist. Die Läsion des Uterus wird auf „Erisypelas malignum puerperale internum" bezogen, wohl das, was wir heute Metritis dissecans nennen. Bei der Section fand man nach Ablösung der mit dem Uterus verlötheten Dünndarmschlinge von diesem eine guldengrosse Perforationsöffnung im Uterusgrunde mit dünnen, unregelmässigen, schmutzig verfärbten Rändern und eine ebensolche Oeffnung im Darm. (Rosenthal l. c. glaubt, es habe hier keine Utero-Intestinalfistel bestanden, sondern letztere sei erst bei der Section der Leiche gemacht worden.)

95. **Simpson** („Clinique obstétricale et gynécologique par Sir James Simpson traduit par le Dr. Chantreuil. 1874, p. 768): Parametritis mit eitrigem Ausgange im ersten Wochenbett; 1 Jahr darauf Patientin in die Edinburger Klinik gebracht. Schmerzhafte Verhärtung linkerseits als Residuum der Parametritis. Uterus sehr elevirt, nach links geneigt. Ausgedehnte Verwachsungen des Uterus linkerseits mit den Därmen. Von Zeit zu Zeit eitriger Ausfluss, dazwischen Koth ex utero entleert, also Uterointestinalfistel. Eine Sonde drang linkerseits aus dem Collum uteri in den Darm ein (Flexur?). Oefters Recrudescenzen der Zellgewebsentzündung, später ging die Frau daran zu Grunde, nachdem sie Edinburg verlassen hatte.

96. **Simpson** (Edinb. med Journ. Dec. 1865, Vol. XI, p. 575 — cit. nach Küchenmeister l. c. p. 195): 12monatliche (?) Retention in utero. 26jährige Frau glaubte sich seit 12 Monaten schwanger. Man wollte bei ihrem Tode am 14. Mai 1865 die Frucht im Uterus gefunden haben, in einen Fettklumpen (Adipocire) verwandelt. Wände dünn, pergamenten, gebildet von areolirtem Gewebe mit glatten Muskelfasern, in Zersetzung begriffen. Sonde stiess nach dem Eindringen bis zu mehreren Zollen auf den Foetus. Communication zwischen Uterus und Dickdarm; aus dem Os uteri gingen grünliche fötide Massen ab. — Müller will hier eine Extrauterinschwangerschaft annehmen, Küchenmeister eher in einem Nebenhorne.

97. **Smyly** (Prov. med. Journ. 1891, July 1, p. 408 — siehe Centr. f. Gyn. 1892, No. 10, p. 199): 30jährige VI para. Vernachlässigte Querlage, erschwerte Wendung, Uterusruptur. 2 Tage post partum gingen Faeces per vaginam ab. Vergebliche Versuche eines operativen plastischen Verschlusses der Fistel. S. fand einen linksseitigen Cervicalriss, der auf das Scheidengewölbe

überging. ½ Zoll weit. Durch diesen Riss wurden die Faecalien entleert und zwar, wie aus deren Beschaffenheit hervorging, aus dem Dünndarm. S. war nicht sicher, ob der Darm meabel war unterhalb der Fistel, fürchtete deshalb plastischen Verschluss und ging nach dem Vorgange Roux's vor, nach dessen für die Operation des Anus praeternaturalis 1828 vorgeschlagenem Verfahren. Er machte den Bauchschnitt und suchte die mit dem Uterus verklebte Dünndarmschlinge auf. Er löste dieselbe von der Hinterwand des Uterus und verstopfte zunächst das Lumen der Uterinfistel mit Jodoformgaze, resecirte dann die betreffende Dünndarmschlinge und vereinte mit Ileo-Ileostomie die Darmstümpfe mit Zuhilfenahme Senn'scher Knochenplättchen. Das untere Darmlumen war so eng, dass es nur schwer gelang, das Knochenplättchen einzuführen. Genesung. — (Referat: Centr. f. Gyn. 1892, No. 26, S. 508, nach: Brit. Gyn. Journ. Nov. 27, 1891. Sitzung der Brit. Gyn. Society am 19. Juni 1891.)

B. Harn.

In dieses Gebiet gehören die Uterovesicalfisteln und Ureterouterinfisteln. Das Kapitel der ersteren habe ich persönlich im Archiv für Gynaekologie ausführlich erörtert mit Zusammenstellung einer Casuistik von 200 Fällen, denen ich heute ein drittes Hundert beizufügen vermöchte. (Siehe F. L. Neugebauer: „Casuistik von 165 Vesico-Uterinfisteln", Archiv für Gynaekologie 1889, Bd. XXXIII—XXXV, und „36 neue Fälle von Cervicalfisteln des Uterus", Archiv für Gynaekologie Bd. XXXIX, Heft 3). Ich übergebe heute dieses Kapitel der Harnfistel, weil es seines Umfanges wegen für eine Sonderbearbeitung geeigneter erscheint.

Erwähnt seien hier nur 10 Fälle von Communication zwischen Blase und Uterus, die sich durch ihre seltene Aetiologie auszeichnen:

98—100. **Lisfranc, Flemming** und **Demarquay** sahen Perforation der Blase durch erweichte und verjauchende Myome. In dem Falle von Demarquay bestand Perforation der vorderen und hinteren Uteruswand; vorn Verlöthung und Perforation in die Blase, hinten Durchbruch in den Douglas'schen Raum mit tödtlicher Peritonitis. Schroeder (Handb. d. Krh. d. weibl. Geschlechtsorgane, VI. Auflage, 1884, S. 239) erwähnt diese 3 Fälle. Im Flemming'schen Falle war ein verkalktes Myom, von der vorderen Uterinwand ausgehend, durch Ulceration in die Blase eingedrungen und hatte die schlimmsten Symptome von Blasenstein hervorgerufen.

(Kaufmann l. c. S. 408 zählt über 14 Fälle von tödtlicher Peritonitis nach Durchbruch verjauchter Myome in die Bauchhöhle auf, die hier jedoch unberücksichtigt bleiben mögen.)

101. **R. Barnes** („A clinical History of the diseases of women", London 1873, p. 200) ewähnt eine von Béclard beobachtete, durch Spontanruptur der vorderen Uterinwand in die Harnblase entleerte Haematometra.

102. **Loisnel** („Tête de foetus restée trois mois et demi dans l'utérus sans accidents infectieux." Französ. geb. gyn. Ges. I. Kongress — siehe Semaine médicale 1892, Vol. XII, p. 175.) III para, Querlage, Wendung, auf einen Fuss, der herabgezogen und abgeschnitten wurde; am nächsten Tage holte der Arzt den anderen Fuss herab und schnitt ihn ab, am 3. Tage extrahirte er den Rumpf und schnitt den Hals durch, den Kopf konnte er nicht herausbekommen, liess ihn also stecken und hiess nur reinigende Ausspülungen machen und abwarten. Die Frau ging wieder an ihre Arbeit und suchte erst nach drei Monaten einen Arzt auf, der den Schädel ganz zerfallen fand und die Knochen einzeln mit Kornzange extrahirte. Eine hierbei constatirte Vesico-Uterin-

fistel schloss sich von selbst. Keine septische Infection binnen dieser 3 Monate trotz alledem, erst nach Entfernung der Schädelreste am 2. und 3. Tage Fieber, das jedoch schon am 4. Tage schwand. Nach spontanem Verschluss der Vesico-Uterinfistel zeigte sich eine Communication mit dem Darm, Stuhlgang durch die Scheide ab. Man soll nicht glauben, dass hier ein Fremdkörper von dem Volumen des kindlichen Schädels gefunden wurde, es fanden sich nur die macerirten Knochen in einander eingeschaltet, ein os parietale dem anderen eingeschaltet, fest anliegend.

103. **W. A. Freund** („Missed labour. Siebenjähriges Verweilen des Foetusskelettes in der Gebärmutter. Durchbohrung des Gebärmutterhalses und des Harnblasenkörpers durch einen Foetus-Beckenknochen; Incrustation, Entfernung derselben durch die Lithotomie." — Beitr. z. Geb. u. Gyn., herausg. v. d. Ges. f. Geburtshülfe in Berlin 1875, Bd. IV, Heft 1, Originalarbeiten S. 109—124.) 44jährige Bauersfrau hat vor 8 Jahren ihr sechstes Kind wie stets normal geboren. Vor 7 Jahren abermals schwanger, war die bis dahin gesunde Frau am Ende des sechsten Schwangerschaftsmonates ohne äussere Veranlassung von Blutungen und leichten Wehen befallen worden. Nach 3tägiger Bettruhe stellte sich ein dicklicher, jauchiger Abgang ein, der anfangs stinkende Gewebsfetzen mit sich führte, allmählich dünner, geruchlos und ätzend geworden sei. Seit einem Jahre sollen hin und wieder Knöchelchen aus der Scheide entleert worden sein, der scharfe Fluor hält noch an und sei sehr reichlich. Während dieser 7 Jahre fühlte sich die Frau im Uebrigen gesund und ging ihren Beschäftigungen nach; nur war seit Beginn jener letzten Schwangerschaft die Periode ausgeblieben. Die gegen solcherlei Dinge indolente Bäuerin, hiess es in einem Begleitschreiben des Dr. Geldner aus Pitschen am 11. Juni 1875 an Freund's Poliklinik, hätte wegen dieses Zustandes niemals ärztliche Hilfe aufgesucht, wäre nicht ziemlich plötzlich, nachdem mehrtägiger beträchtlicher Harnzwang mit tropfenweiser Entleerung vorausgegangen, im März 1875 absolute Incontinentia urinae hinzugetreten. Der erstgenannte Arzt entfernte damals mit einer Kornzange 2 Foetusknochen (ein femur und eine tibia) aus dem Mutterhalse. Die weiter oben in utero liegenden Skeletttheile zu entfernen, wollte ihm nicht gelingen. Ekzema urinosum vulvae, schmerzhafte Rhagaden. Die Scheide ist intact, der Harn fliesst aus dem Muttermunde. Es bestand eine Communication zwischen Cervix und Blase, ein Blasenstein hatte sich um einen Foetusknochen gebildet, der per urethram eingeführte Katheter wies den Blasenstein nach. Uterus mannsfaustgross, mit infiltrirten Wandungen elevirt, antevertirt, fixirt, Muttermund lässt den Finger ein. Finger und Sonde tasten in cervice scharfeckige Knochen. Freund extrahirte zunächst etwa 20 Knochenfragmente mittels Kornzange. Die theilweise zerbröckelten und incrustirten Skeletttheile waren theilweise von einer sebumartigen, scharf riechenden Masse umgeben. Cervix zeigt sich nach Entleerung 4,5 cm lang. In der Höhe des inneren Muttermundes stiess der Finger auf einen rauhen festen Körper von rundlichem Umfange, der nur unbedeutend beweglich, der vorderen Wand implantirt und von leicht überwallenden Schleimhauträndern umgeben erscheint. Es ist dies das hintere Ende des in die Blase hineinragenden Concrementes. Es lag hier gewissermassen, wie Freund sagt, ein doppelknöpfiger Obturator in einer grossen Gebärmutter-Blasen-Fistel eingeklemmt; das Blasenende wurde für dicker geschätzt als das uterine. Zunächst stiess F. von der Cervix her den Fremdkörper ganz in die Blase hinein, wobei sich sofort eine Reihe prägnanter Symptome entwickelte, zunächst eine continuirlich angestrengte Function der Bauchpresse, Stuhlgang und Urin stürmisch entleert, die Mastdarmschleimhaut wird vorgetrieben, die Scheidenwände invertiren sich, und in Schweiss gebadet,

blass, zitternd, vor Schmerzen stöhnend wurde die Frau in ihr Quartier gebracht. (Der von Freund beigefügten Zeichnung nach möchte ich annehmen, dass das vordere Ende des Fremdkörpers nach nicht in der Harnblasenhöhle lag, sondern in einer durch Druck vom Uterus her entstandenen Ausbuchtung im praeuterinen und retrovesicalen Zellgewebe, dass also der sagittale Abstand der vorderen Uterinwand von der hinteren Blasenwand resp. der Abstand der betreffenden Schleimhautflächen um so viel vergrössert war, als die Länge des mehr oder weniger schräg-sagittal liegenden Fremdkörpers betrug, und dass die von Freund vorher mit dem Katheter nachgewiesene „quere vorspringende Falte der hinteren Harnblasenwand, die gleichsam die Harnblase in zwei übereinander liegende Divertikel, Etagen, theilte, nichts Anderes war als der untere Rand der Blasenfistel.“) Ich fasse also den Befund so auf, dass der Fremdkörper die hintere Blasenwand vor sich her stossend noch in dem Gebiet der Blasenwand lag, aber noch nicht in der Blasenhöhle selbst. Das, was Freund als Querspalt zwischen den beiden Etagen der Blasen auffasst, diesen Querspalt, diese Oeffnung, würde ich eher für das Lumen der durch Druckusur entstandenen Blasenfistel ansehen. Jene stürmischen Erscheinungen scheinen mir dafür zu sprechen, dass erst Freund den Fremdkörper in die eigentliche Blasenhöhle mit Gewalt hereingestossen hat. Da der Zustand der Kranken jetzt ein unerträglicher war, Abends Operation. Abends Narkose, Concrement schon im Blasenhalse eingekeilt, ragt bereits in den Anfangstheil der Harnröhre hinein. Vergeblich Einkerbung und Dilatation der Harnröhre, ebenso vergebliche Zertrümmerungsversuche an den mit Kornzange gefasstem Concrement (Lithotryptor nicht zur Hand), bei diesen Versuchen mehrfache Blutungen. Also endlich Urethra mit der Scheere bis an den Blasenhals aufgeschnitten und Stein extrahirt. Operationswunde mit Seidensuturen geschlossen, die am 3. (?) Tage schon entfernt wurden [liegt da nicht ein Druckfehler vor? N.], prima reunio, völlige Continenz, Uterus kindkopfgross contrahirt. „Die Blasengebärmutterfistel geschlossen“ (? N.), „natürlich wohl noch nicht geheilt“ (? N.), aber absolute Continenz. Nach 3 Tagen reiste die Frau geheilt nach Hause, laut Nachricht am 11. August Continenz normal. (Da, wie mir scheint, der Fremdkörper im Zellgewebe zwischen Uterus und Blase lag, so hätte ich im gegebenen Falle das vordere Scheidengewölbe gespalten, hätte von hier aus den Fremdkörper entfernt und die Blasenfistel direct vernäht, oder aber man könnte nach dem Princip der Behandlung gewisser Blasencervixfisteln meines verstorbenen Vaters die vordere Cervicalwand bis auf den Fremdkörper spalten können, den Fremdkörper so durch den Mutterhals entfernen und dann die frisch gesetzte Wunde nach Anfrischung der oberen Umrandung der Fistel direct quer vernähen können. Wie dem auch sei, hat Freund seine Patientin sehr glücklich von den Gefahren des Fremdkörpers und den Qualen der Fistel befreit. (Diese seltene Beobachtung verdient einen Vergleich mit dem Falle aus Rein's Klinik — s. w. N.) Die extrahirten Knochen entsprachen der Grösse nach denen eines 6 monatlichen Foetus. Das aus (?) der Blase entfernte Concrement, garbenförmig, war 3,9 cm lang, bis 2,2 cm breit, am vesicalen Ende 2 cm, am uterinen 1,6 cm dick. Als Kern desselben erwies sich nach Beseitigung der Incrustationen die linke Hüftschaufel. Freund knüpft an seine interessante Beobachtung eine Reihe von Reflexionen: „Der Uterus stösst Fremdkörper nicht immer aus: die abnorme Beschaffenheit seiner Substanz, welche an dieser Functionsaufhebung Schuld trägt, ist uns nicht bekannt.“ Hand in Hand mit der Muskel-Indolenz des Uterus gegen die todte Frucht geht die Toleranz gegen die faulende Frucht. „Trieb die Gebärmutter hier nichts aus, so saugte sie auch hier nichts auf.“

c. Eiterdurchbruch in uterum.

Die gewöhnliche Pyometra ist hier nicht berücksichtigt, sondern nur neun seltene Beobachtungen von Perforation von Beckenabscessen in den Uterus.

Nach Meinert (l. c. p. 283) hat Delbet (Des suppurations pelviennes chez la femme. Paris 1891, p. 253) 6 Fälle zusammengestellt, in denen Beckenabscesse mit Perforation in den Uterus durch diesen sich nach aussen entleerten. Alle 6 Fälle verliefen tödtlich und wurden erst durch die Section erkannt:

104. **George Crusham**: London, Med. Gaz., Vol. XIII, 22. March 1834 — siehe Schmidt's Jahrb. 1834.

105. **A. Guérin**: Bullet. de la Soc. de Chir. 1866, p. 307.

106. **Choisity**, Guichard: Thèse de Paris 1868, p. 44, obs. 2.

107. **Husson et Dánce**: Rip. de Brechet 1829, T. IV, p. 95, obs. 14.

108. **Hennig**: Mon. f. Geb. und Fr. 1869, XXXIII, p. 223.

109. **Long**: Medico-chir. Review 1841, July — siehe Archiv génér. de méd. 1841, T. III, p. 268.

M. fügt diesen 6 Fällen 2 neue hinzu:

110. **Grawitz** fand am 22. Februar 1893 an der Leiche einer 60 Jährigen eine Perforation des Uterus vom Cavum Douglasii her. Der in breitem Strome in die Uterushöhle eingetretene Eiter stammte von einer durch Gallensteinperforation entstandenen Peritonitis.

111. **Chiari** verwahrt unter No. 3835 1893 einen Uterus („Perforatio uteri ex peritonitide ulcerosa in cavo Douglasii"), dessen 70jährige Trägerin 30 Tage ante mortem wegen eingeklemmter Leistenhernie operirt worden war und bei der nach Resection eines 8 cm langen, durch Einklemmung brandig geworden Darmstückes ein künstlicher After angelegt worden war.

112. **Galalin** (Galabin?) (Transact. XVIII 1876 — Annal. de Gyn. VII, p. 314, April 1877 — cit. nach Küchenmeister l. c. p. 195): Ein extrauteriner Foetus brach durch die Uteruswand in den Uterus ein und durch dessen Höhle nach aussen. Die Communication zwischen Uterus und Pseudouterus fand etwas über dem Collum uteri statt.

IV. Gruppe.

Eintritt von Darmschlingen, Netz u. s. w. in den Uterus.

Die adaequaten Fälle nach Uterusruptur sub partu erwähne ich hier nicht wegen ihrer allzugrossen Anzahl, sondern nur drei seltene von Mann veröffentlichten Beobachtungen und eine alleinstehende Beobachtung aus Kijew, die ein Austreten einer Dünndarmschlinge in die Scheide durch den Cervicalstumpf nach einer Porro-Operation betrifft.

113—115. **M. D. Mann** („Perforation of the uterus after abortion with prolapse of intestine", The Amer. Journ. of Obst. Vol. XXXI, p. 603) beschreibt 3 Fälle von Uterusperforation sub abortu durch Zange oder Curette, wo eine Dünndarmschlinge durch die Perforationsstelle in das Cavum uteri und in die Vagina gezerrt wurde.

Obwohl in dem einem Falle der Darm zerrissen, das Mesenterium schwer verletzt war und ersterer resecirt werden musste, doch nach Bauchschnitt Genesung.

Die zweite Kranke, bei welcher der Darm unverletzt in die Bauchhöhle zurückgebracht werden konnte, starb nach 48 Stunden, ebenso die dritte, bei welcher der Arzt kurz entschlossen den vor die Vulva gezerrten Darm einfach abgeschnitten und dann die Frau sich selbst überlassen hatte.

116. **Kraskowskij** und **Pisemskij** (Sitzungsprotokolle der geb.-gyn. Gesellschaft in Kijew, VII. Bd., 1894 [Russisch], S. 177 ff.: „Puerperale Uterusruptur bei kyphotischem Becken"). Uterusruptur sub partu bei einer 27jährigen II para. Bauchschnitt durch Dr. Kraskowskij: Amputatio uteroovarica mit Nahtumsäumung der Peripherie des Stumpfes und Jodoformgazedrainage durch den Cervicalkanal. Vom dritten Tage an theilweise Retraction dieser Gaze durch die Scheide. Am 14. Tage bei der ersten Scheideninspection Verdacht auf Austreten einer Darmschlinge in die Scheide durch den Cervicalstumpf. Aber wegen geschwächten Allgemeinzustandes Abwarten mit instrumenteller Exploration, und erst am 17. Tage nach der am 20. August (1. September) 1892 vollzogenen Operation Untersuchung mit Sims's Halbrinne und jetzt die Gegenwart einer Dünndarmschlinge in der Scheide constatirt, die durch pseudomembranöse Adhäsionen in der letzteren fixirt war. Digitale Ablösung sub narcosi und Reposition in die Bauchhöhle durch den schlaffen erweiterten Cervicalkanal des Amputationsstumpfes. 3 Seidennähte auf die nach Ablösung der angeklebten Darmschlinge hinterbliebene Wandfläche der Scheidenwand. Am Abend, am 18. Tage nach der Uterusamputation, unter Herzlähmungserscheinungen Tod. Section: Peritonitis adhäsiva.

Meines Wissens steht diese Beobachtung von Prolaps der Därme in den Cervicalkanal und die Scheide nach einer Porro-Operation bisher einzig da in der Casuistik. Es liesse sich im Anschluss an die traurige Erfahrung in diesem Falle Manches lernen und erörtern über die beste Behandlungsweise des Uterusamputationsstumpfes, jedoch gehört dies nicht in das Gebiet der hier behandelten Fragen. Offenbar fiel im gegebenen Falle das Leben der Operirten dieser unerwarteten Complication und deren Folgen zum Opfer.

V. Gruppe.

In der Uterushöhle secernirte und darin zurückgehaltene Secrete und deren Producte.

VI. Gruppe.

„Uterussteine."

56 Beobachtungen.

F. L. Meissner (Die Frauenzimmerkrankheiten, II. Bd., Leipzig 1845, p. 113—122) berichtet folgende Beobachtungen. Steinige Concremente inmitten der Wand des Uterus erwähnten schon Hippocrates (De morb. popul. Lib. V, Sect. 12); Aetius (Tetrabibl. IV, Serm. 4, cap. 98). Dann beobachteten solche Fälle:

Schenck (Observat. med. mirabil. Lib. IV, cap. 30, 1586).

Bonet (Sepulchretum, seu Anat. pract. Lib. III, Sec. 24, obs. 18, 1679).

Weitere Fälle erwähnt Voigtel: Handb. d. pathol. Anat., Bd. III, Halle 1805, 8, S. 518). Blancard (Anat. pract. rat. sive varior. cadaver. morb. etc., obs. 74, 1688), Wilh. Morus (Act. erudit. Lipsiae 1712), Lieutaud (Histor. anatom. med. sistens numerus cadaver. human. Tom. I, p. 340, 1767),

Foubert (Mémoires de l'Acad. de Chir., T. II, p. 140), M. Nauche (Maladies des femmes, T. I, p. 214), P. A. Böhmer (Observat. med. sur., Fasc. II, cum figur.), Baillie (Anatom. p. 219), Th. Towkes (London, med. and phys. Journal 1825, December), Duncan (Pathol. Lib. II. — D. sah einen grossen Theil der Oberfläche des Uterus mit steinigen Concrementen besetzt), Gallandat (Nov. Acta natur. curios. T. VI, p. 273), Walter (5 Fälle) Anat. Museum, Bd. I, S. 159, No. 319—323. — W. beobachtete in einem Falle 7 Steine im Gewebe der Gebärmutter unmittelbar unter dem Peritonealüberzuge, und in einem anderen inmitten des Gewebes einen Stein von 2" Durchmesser).

A. Murray, J. Schallgruber, F. Prael, P. J. Schneider, F. A. Moritz, Amussat (sämmtlich mitgetheilt in Meissner's Forschungen des 19. Jahrh. u. s. w., Bd. V, S. 179), Jörg (Handb. d. Krankh. d. Weibes, II. Aufl., Leipzig 1821, S. 437), Schützenmeister (Clarus und Radius wöchentliche Beiträge, Bd. III, S. 287), Mohrenheim (Wiener Beiträge, Bd. II, S. 224), Capuron (Maladies des femmes, p. 203).

Everett entfernte durch Bauchschnitt ein 2,04 kg schweres verkalktes Myom, **Schrader** ein grosses subseröses verkalktes Myom, als Uterusstein angeführt von **Gebhard** (Handb. d. Gynaekologie, her. von Veit, II. Bd., 1887, S. 436).

Nach **Gebhard** hat **Dr. Gill Wylie** ein vom Uterus ganz losgelöstes verkalktes Myom beschrieben. **Freund** hat zuerst das viel bezweifelte Vorkommmen einer Umwandlung des Myomgewebes in Knochengewebe, also ein Osteomyom des Uterus sicher erwiesen.

Andere sahen Steinbildung in der Höhle des Uterus, wo diese Bildungen sich bald ziemlich frei, bald in festerer Verbindung, bald gleichsam eingesackt und mit den Wandungen der Höhle im ganzen Umfange verwachsen vorfanden.

Steine in der Gebärmutterhöhle fanden:

117. **Marcellus Donatus** (De histor. med. mirab. Lib. IV, cap. 30, 1586).

118. **Bartholin** (einen 4 Pfund schweren schwärzlichen Stein — Histor. anat. rar. Cent. IV, hist. 64, T. II, p. 364).

119. **Ruysch** (aus einem prolabirten Uterus wurden 42 Steine entfernt — Obser. anat. chir. I, p. 1. Thesaur. anat. VIII, p. 57).

120. **Morus** (32 Steine in der Gebärmutter — Ephem. Natur. Curios. Cent. I, obs. LXXVIII, p. 148).

121. **Müller** (sub menstruatione gingen bei einer Kranken Sand und 5 grössere Steinchen ab — Miscell. natur. curios. Dec. II, ann. VII, obs. CCXXVII, p. 431).

122. **Fontani** (die ganze Gebärmutterhöhle von einem Stein ausgefüllt — De morb. mulier. Lib. II, cap. XX, p. 94).

123. **Ramazzini** (Ephem. natur. curios. Cent. I, obs. XCV, p. 187) entdeckte einen Stein in einer jungfräulichen Gebärmutter.

124. **Knöffel** (Miscell. natur. curios. Dec. I, ann. 4, obs. LXV, p. 55) will in der Uterushöhle eines 5jährigen Mädchens einen taubeneigrossen Stein gefunden haben.

125. **Gaub** (Verhandl. van de Haarl. Maatschappy. De. III, p. 604) sah bei einem 29jährigen Mädchen unter wehenartigen Schmerzen einige Steine abgehen.

126. **Blancard** (sehr harter Stein die Uterushöhle einer 72Jährigen ausfüllend — Anat. pract. rar. Cent. I, obs. LXXIV, p. 156).

127. **Bouvet** (Journ. de Méd. Chir. et Pharm. par M. Roux, Paris 1774, T. XLI, Jan.) zog einen Stein von 3 Drachmen Gewicht ex utero einer 70Jährigen.

128. **Bromfield** (Chir. observ. and Cases. II, p. 156) spricht von einem kindskopfgrossen Steine in utero.

129. **Meissner** fand bei einer hochbejahrten Frau einen harten, sanduhrförmigen Stein von 2 $1/2$ Drachmen Gewicht in utero, der an Farbe den Gallensteinen glich. Louis (Mém. de l'Acad. de Chir., T. II, p. 130, Tab. V—IX) hat mehrere ähnliche Fälle zusammengestellt.

130. **Boivin** und **Dugès** (Traité prat. des maladies de l'utérus et de ses annexes. T. II, p. 262) fanden den Muttermund durch kalkige Concremente verstopft und sehen dieselben an für Producte der Erhärtung der Uterusabsonderungen. Viele dieser Uterussteine sind einfach verkalkte Fibroide, namentlich gilt dies sicher für die gestielten steinigen Geschwülste, wie in

131. **Naumann's** Fall (Handb. der med. Klinik, Bd. VIII, 1. Abth., Berlin 1838, S. 171), und

132. **Andral's** Fall (Grundrisse d. path. Anat., deutsch von F. W. Becker, II. Th., Leipzig 1830, S. 397).

133. In **Brugnatelli's** Fall hatte sich ein 2 Unzen schwerer Stein aus phosphorsaurem Kalk in utero gebildet um eine in denselben eingeführte Tibia eines Hühnchens.

134. **Balt** (Hufeland, Harless und Ritter, Neues Journ. der in- und ausl. med.-chir. Literatur, Erlangen 1806, Bd. V, S. 2) berichtet einen Fall, eine Frau betreffend, die nach der Geburt einer Mola weissen Fluss und einen Schmerz im Unterleibe mit gleichartigem Schweregefühl bekam, und endlich ein 2 Loth schweres toffsteinartiges Concrement aus den Genitalien verlor. Zu erwähnen wären hier die steinigen, kalkigen Concremente an der Placenta noch und die Verkalkung des gesammten Uterus in der Periode der Decrepidität (Lieutaud).

135. **Louis** fand bei einer 62 jährigen Frau einen hühnereigrossen Stein von 9 $1/2$ Drachmen Gewicht in utero, den diese Frau ohne merkliche Beschwerden getragen hatte; es wurden solche Uterussteine spontan ausgestossen.

136. **Schultz** (Casper's Wochenschrift 1842, No. 16) erzählt die Geschichte einer 69 jährigen, seit ihrer Jugend an vollkommenem Uterusvorfall leidenden Frau, die durch einen brandigen Verschwärungsprocess an der vorderen verdickten Gebärmutterwand und eine dadurch entstandene 1 Zoll breite und 1 $1/2$ Zoll lange Oeffnung erst 3 grössere Steine von 2, 3 und 5 Drachmen Gewicht und einige Tage später noch 2 kleinere Exemplare verlor.

137. **Gaubius** (Abhandl. aus der Naturgeschichte etc. aus den Schriften der Haarlemer und anderer Holländ. Gesellschaften. Bd. I. Leipzig 1775) sah eine seit lange an Prolapsus uteri leidende Frau ganz plötzlich nach einstündigen Wehen einen grossen Stein gebären, am folgenden Tage legte sich ein zweites grösseres Concrement vor den Muttermund und ging erst nach künstlicher Dilatation ab (identisch mit Fall 125?)

138. **Dimidri** (Osservatore medico di Napoli 1829. Giuglio — siehe Froriep's Notizen, No. 572, S. 351) berichtet, dass eine 38 jährige rachitische Frau nach 4 rechtzeitigen und 5 frühzeitigen Entbindungen mit viel Blutverlust einen Stein von der Grösse eines Kubikzolls aus der Gebärmutter verloren habe, der fest, dunkelstreifig, fast würfelförmig war, und nach dessen Entfernung sich die Kranke von langjährigen Schmerzen und Beschwerden frei fühlte. Schon Aëtius eröffnete den Muttermund durch einen Einschnitt, um sich einen Weg

zu dem fremden Körper zu bahnen, Gaubius erweiterte in einem Falle den Muttermund durch einen Einschnitt, ebenso machte Lisfranc eine laterale Collumdiscision. Soweit Meissner über das Kapitel der Uterussteine.

Schroeder (Handb. d. Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane. VI. Aufl. Leipzig 1884, p. 221) erwähnt die Uterussteine gelegentlich der Besprechung des Schicksals der Uterusneubildungen. Auf die Induration der Myome und Fibrome, womit das Wachsthum schon still steht, folgt dann die Ablagerung von Kalksalzen. In der Mitte der Geschwulst zeigt sich zuerst Kalk in unregelmässigen Zügen. Später kann die Ablagerung eine bedeutendere werden, so dass die Geschwulst sich schwer sägen lässt und man bei der Maceration ein corallenähnliches Gerüste findet. Selten ist die Kalkablagerung so vollkommen, dass der Durchschnitt glatt ist und sich poliren lässt. Nur sehr ausnahmsweise beginnt der Process aussen, so dass es zur Schaalenbildung kommt. Die Verkalkung findet nur bei den subperitonealen und interstitiellen Myomen statt, welche letztere dann frei werden können und als Uterussteine ausgestossen werden. Meistens findet sich diese Verkalkung nur bei kleineren interstitiellen Myomen, bei ganz grossen ist sie sehr selten.

139. **Hippokrates** erzählt, dass einer 60 jährigen thessalischen Magd, die in ihrer Jugend beim Beischlaf starke Schmerzen zu haben gewohnt war, nach dem Genuss von Lauch und nach wehenartigen Schmerzen ein rauher Stein aus der Scheide herausgezogen worden sei.

140. **Salius** erzählt von einer alten Nonne, die einen unebenen, einem Entenei an Grösse und Gestalt ähnlichen Stein gebar.

Louis (Mém. de l'Acad. de chir. 1753, T. II, p. 130) kannte bereits 18 Uterussteine und seitdem sind noch manche Beispiele beobachtet worden, u. a. von

141—143. **Velpeau, de Coze, Courty** (Mal. de l'utérus etc. 3. Edit. p. 922: Stein von 10 Kilogramm).

144. **Duncan** (Edinb. med. Journ. August 1867, p. 179).

145. **Arnold** (Medico-chir. Transact. XXIII, 1840: Stein von 50 Pfund, der bei einem Falle den Darm durch seine Schwere zerriss).

146. **Jaffé** (Berl. klin. Wochenschr. 1876, No. 24).

147. **Saexinger** (Berl. klin. Wochenschr. 1876, S. 113) theilt einen Fall mit, in dem ein Wundarzt anstatt des Kindeskopfes einen Uterusstein von dieser Grösse mit der Geburtszange entband.

148 u. 149. **Hénoque** (Archives de physiol. Juillet 1873, p. 425) hat einen von Amussat aus dem Jahre 1829 stammenden Uterusstein durch mikroskopische Untersuchung als verkalktes Fibroid nachgewiesen.

In der Erlanger path.-anat. Sammlung findet sich ein sehr grosses submucöses Fibroid von 33 resp. 22 cm Durchmesser, welches durch und durch so verkalkt ist, dass ein aus dem grossen Tumor herausgesägtes und macerirtes Stück ein madreporenartiges Gerüst zeigt. Das $24\frac{1}{2}$ Pfund schwere Fibroid stammt von einer 61 jährigen Nullipara. Die Geschwulst, die sie zuerst anfangs der 30 ger Lebensjahre bemerkt hatte, lag schliesslich in einer Aussackung der enorm ausgedehnten Bauchdecken zwischen den Oberschenkeln, namentlich auf den linken sich lehnend.

150—154. **Voigtel** (Handb. d. path. Anat. III. Bd. Halle 1805, p. 477 und 515 ff.) widmet den „Verknöcherungen im Uterus" einen ausführlichen Abschnitt und erwähnt Beobachtungen von **Sandifort, Sömmerring, Murray, Lieutaud, Schwarz.**

155. **Hankoph** (Diss. de mola. Göttingen 1746) beschreibt ein 22 Unzen wiegendes knöchernes Concrement, das am Muttermunde und den Seiten fest anhing.

156 u. 157. **Boehmer, Regneri** beschrieben ähnliche Befunde.

158. **Wier** (De praestigiis. Lib. III, cap. 15. Opp. Part. IV, cap. XVI, p. 316) fand 2 Steine im Uterus. Nächst den schon vorher von mir erwähnten Beobachtungen von steinigen Abbildungen in utero erwähnt Voigtel noch die Beobachtungen von

159—168. **Schenk, Muralt, Moebius, Garmann, Schurig, Weismann, Bonnet, Eller, Pecquet, van Swieten,** wo es sich wohl meist um verkalkte Fibroide handelt.

169. **Thorn** („Zur Casuistik der Uterussteine.“ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVIII — siehe Centr. f. Gyn. 1896, No. 39, S. 960): Bei einer 55jährigen Frau musste $1\frac{1}{2}$ Monate nach Lithotrypsie und Entfernung eines faustgrossen Uterussteines der Uterus wegen Corpuscarcinom vaginal entfernt werden. Das Carcinom hatte sich von der Ansatzstelle des Steines aus im Fundus entwickelt. Schon bei der Entfernung des Steines war diese Partie der inneren Uterinwand suspect erschienen, aber die mikroskopische Untersuchung ausgekratzter Partikel ergab damals keinen Verdacht auf maligne Neubildung. Der entkalkte Uterusstein erwies sich als ein Fibromyom mit zahlreichen, vielfach ausgebuchteten, cystischen Räumen zwischen den Faserbündeln. Diese Räume machten, obschon ein Epithelbelag an ihnen fehlte, den Eindruck von durchschnittenen Drüsenschläuchen und waren den Uterindrüsen am Rande des Carcinoms völlig analog gebaut. Das Myom hatte durch den auf das Endometrium ausgeübten Reiz das Carcinom hervorgerufen, die Verkalkung des Myoms beruhte auf der allmählichen Loslösung desselben aus der Uteruswand und der dadurch bedingten schlechteren Ernährung des Geschwulstgewebes. Ein diagnosticirter Uterusstein müsse unter allen Umständen entfernt werden, wenn nicht anders. cum utero.

170. **Ram:** „Stone in uterus.“ Indian. Med. Gaz. Calcutta 1890, XXV, p. 209.

171. **Lehnerdt** („Entfernung eines verkalkten Fibroids durch Zertrümmerung.“ Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., III. Bd., 1878, S. 359): 53 Jährige, war einmal schwanger (Abort im 5. Monate), verlor die Periode mit 51 Jahren, seither schleimiger Ausfluss. Im 52. Jahre plötzlich Blutung, die 5 Monate anhielt und plötzlich verschwand, aber jetzt übelriechender Ausfluss und häufig beim Uriniren Abgang von kleinen Steinchen, von denen die Kranke glaubte, sie kommen aus der Blase. 1877 in das Hospital gebracht, abgemagert, mit stinkendem Ausfluss und hartem Tumor im vorderen Scheidengewölbe. Diagnose: Verjauchter Uterusfibrom, Spülungen, ein Metallkatheter eingeführt in uterum stiess auf einen harten Tumor, wobei es klapperte, also verkalktes Fibrom, bei Irrigationen gehen Bröckel ab. 2 Pressschwämme, aber bald septisches Fieber, Erbrechen, Parametritis, also Pressschwämme beseitigt und erst nach 3 Wochen an's Werk gegangen mit Discision des Collum uteri. 2 Finger gingen jetzt in uterum ein, konnten aber nicht weiter, Ausschälung unmöglich, weil Tumor zu fest eingebettet und en bloc herabgezogen wohl die Uteruswand eingerissen hätte. Festes Balkengerüst mit weichen, erdigen Zwischenmassen. Anfangs wollte L. den Tumor mit einem Tire-fond oder einem Clintock'schen Pfropfenzieher anbohren, fürchtete aber Ausreissen, also Lithotrypsie mit gefensterter Kornzange, scharfem Löffel und gaisfussartigem Raspatorium. In der ersten Sitzung eine Höhle gemacht, eine Art Baker-Brown'scher Ausmeisselung. Nach $1\frac{1}{2}$ Stunden Finger wund, Kranke und Operateur erschöpft. Eisblase, Opium und eiskalte Carbolspülung,

später noch 2 Sitzungen, zuletzt Reste theilweise von der Uteruswand (innige Einbettung) abgesprengt und abgeschabt. Am gefährlichsten die Manipulation am gut von aussen herabgepressten Fundus. Nach 1 Monate Patientin geheilt entlassen. Es wurde nachträglich noch ein Steinstück mit Kornzange aus dem Muttermunde entfernt. Der gesammte Uterusstein war über mannsfaustgross. Es lag eine regressive Metamorphose, Petrification, amorphe Versteinerung eines Fibroids vor, die am häufigsten die am wenigsten ernährten subserösen Myome, am seltensten die submucösen betrifft. (L. erwähnt hier Beobachtungen von Hofmeier und Küster, die aber nicht submucöse Myome betreffen.)

172. **Lumpe** (Zeitschr. d. Wiener Aerzte, No. 29, 1870) beschrieb einen dem Lehnerdt'schen ähnlichen Uterusstein: ein mannskopfgrosses Fibroid exfoliirte sich in Gestalt einer, Gewebstrümmer und Kalkconcremente enthaltenden Jauche, deren Abfluss 4 Monate dauerte und nach Rückkehr der Menstruation in den Zwischenzeiten wieder auftrat.

VII. Gruppe.

Die sogenannten Haargeschwülste des Uterus.

7 Beobachtungen.

F. L. Meissner („Die Frauenzimmerkrankheiten." II. Bd., I. Abth. Leipzig 1845, p. 112 ff.) zählt eine Reihe von Beobachtungen von Haargeschwülsten in utero auf:

173. Schon **Fabricius Hildanus** (Observat. Cent. V, obs. 49) theilt einen Fall von Haaren in der Gebärmutterhöhle mit und ebenso

174. **Vicq d'Azyr** (Mémoires de l'Académie des sciences 1776).

175. **Sömmering** (Anmerkg. zu Baillie, S. 226, V) spricht von einem Präparat aus der Sammlung der Akademie zu Kopenhagen, welches deutlich die Existenz von Haaren im Uterus nachweisen soll.

176. **Blancard** (Anat. pract. rar. Cent. II, obs. 26, p. 238): 87 Pfund schwerer wassersüchtiger Uterus, der theils eine trübe Flüssigkeit, theils eine öligfaltige Masse enthielt, in der auch Haare eingewickelt waren. (Es dürfte sich wohl um Durchbruch eines Ovarialdermoides in die Gebärmutterhöhle gehandelt haben.)

177. **P. G. Schacher** behauptet, in einem Gebärmutterpolypen Haare gefunden zu haben. („De uteri atheromate piloso." Lipsiae 1755.)

178. **Vollmer** (Medic. Zeitung vom Vereine für Heilkunde in Preussen. Berlin 1839, No. 23) fand bei der Leichenöffnung einer 26 jährigen Frau den Uterus monströs, 5—6 Pfund schwer, mannskopfgross, aus Speck und Fettsubstanz bestehend, mit Hydatiden erfüllt und ausserdem noch ein an Grösse einer Kinderfaust gleichkommender Ballen krauser, starrer und in sich verwirrter Haare.

179. **Moritz** (Observat. quaedam in uteri morbos organicos. Berolini 1830) fand Haare in einem Uterussteatom.

Die Entstehung der haarhaltigen Steatome des Uterus war früher irrthümlich auf die Producte eines fruchtbaren Beischlafes bezogen worden, daher die Benennung Haarmolen, während es sich hier um Dermoide handelt. Pargamin beschrieb 1884 (Wracz. No. 4) eine Haargeschwulst in utero,

die Haare waren jedoch aus unbekannter Ursache von aussen in den Uterus eingeführt worden, und ist diese Beobachtung von mir sub I, A. registrirt worden.

Ich kenne sonst nur eine Beobachtung von Einführung eines Haarconvolutes in das weibliche Genitale, eine russische Publikation aus dem Jahre 1890 betreffend; es wurde einer Prostituirten von einem Manne gewaltsam Arsenik in die Scheide gebracht; die Frau starb nach 8 Tagen, und bei der Section fand sich in der Scheide in einem Knäuel von Rosshaaren eine Menge von Arsenikkrystallen vor (siehe Haberda: Centr. f. Gyn. 1896, No. 50, S. 1281).

Leider lässt sich nichts Positives über die vorstehenden 7 Beobachtungen sagen bezüglich Richtigkeit der Diagnose, Aetiologie u. s. w. — So gut als Pargamin seine Beobachtung als Haargeschwulst in utero beschrieb — (das Papier ist geduldig!) so konnten auch andere ähnliche Fehler begehen, immerhin ist aber die Möglichkeit von Entwickelung von Dermoiden in utero nicht von der Hand zu weisen.

VIII. Gruppe.

Retention von Schwangerschaftsproducten.

A. Retention des Kinderschädels oder einzelner Knochen desselben speciell nach Decapitation oder Abreissung sub partu am normalen Schwangerschaftsende.

10 Beobachtungen.

180. **Fincke** („Casuistische Mittheilungen aus dem Salvator-Krankenhause in Halberstadt.“ Deutsche med. Wochenschr. 13, August 1896, No. 33, S. 534): „Blasenscheidenfistel und Blasensteine veranlasst durch Foetusknochen“ — theilt folgende interessante Beobachtung mit: 36jährige Frau, am 21. August 1896 wegen Blasenscheidenfistel aufgenommen, war nur einmal schwanger vor 16 Jahren und empfand bereits Kindsbewegungen, als im sechsten Monate 3—4 Wochen dauernde Blutungen aus den Genitalien auftraten, zu welchen sich zuletzt Schmerzen gesellten, so dass eine Hebamme geholt wurde. Letztere soll die Nachgeburt vorliegend gefunden und deshalb einen Arzt gerufen haben. Der Arzt, erzählt die Frau, habe das Kind gewendet und versucht, es an den Beinen hervorzuziehen, was wohl sehr schwer hätte sein müssen, da er davon gesprochen habe, nach ein Instrument zum Anbohren des Kopfes holen zu müssen, indessen gebraucht habe er ein Instrument nicht, sondern er habe wieder an den Beinen gezogen und den Rumpf des Foetus zu Tage gebracht, der Kopf sei aber zurückgeblieben, und der Arzt habe gesagt, er könne ihn nicht herausbefördern, der müsse allein kommen. Darauf habe er sich entfernt und die Kranke nicht wiedergesehen. Sie sei nun ein Jahr lang bettlägerig krank gewesen und habe fortwährend übelriechenden Ausfluss gehabt; erst allmählich habe sie sich soweit erholt, um im 2. Jahre ihre Arbeiten als Feldarbeiterin wieder aufnehmen zu können. Um diese Zeit habe sie viel an Stuhlbeschwerden zu leiden gehabt. Eines Tages, als sie die Faeces nicht habe loswerden können, habe sie mit den Fingern helfen müssen, sie sei dabei auf einen harten Gegenstand gestossen, den sie unter vielen Schmerzen hervorgezogen habe. Nach ihrer Meinung sei derselbe ein Stück Schädelknochen, jedenfalls ein glatter Knochen gewesen. Die Stuhlbeschwerden seien seither fortgeblieben. Der Scheidenausfluss habe sich in den letzten Jahren zwar vermindert, bestehe aber in geringem Grade noch fort. Im Januar 1896, also im 16. Jahre nach der Abreissung des Kindeskopfes, habe sie zuerst Harnfluss aus der Scheide bemerkt und sei von jetzt an nicht mehr im Stande gewesen, ordentlich zu uriniren. Erst

7 Monate später habe sie anhaltende Schmerzen in der Blase empfunden, welche sie veranlassten, endlich sich an einen Arzt zu wenden, der sie an das Krankenhaus gewiesen habe.

Untersuchung der übrigens kräftig und gesund aussehenden Frau in Steinschnittlage: Cervix uteri ziemlich hoch in normaler Stellung und wenig beweglich. Nach vorn und unten von der Cervix steckte ein Stein in einem Loche der vorderen Scheidenwand unbeweglich, wie festgekeilt. Beim Ausspülen der Scheide bemerkte man an der hinteren Wand derselben, 1—2 cm oberhalb der Commissur eine schrägverlaufende, unregelmässige, mehrere Centimeter lange Narbe, welche selbst wohl von einer verheilten Scheidenmastdarmfistel herrühren konnte. Nach Anlegung eines Simon'schen Rinnenspeculums kam der Stein deutlich zu Gesicht. Um ihm zu lockern, ging Fincke mit einer kräftigen gebogenen Sonde neben dem Steine ein, dilatirte damit allmählich den einschnürenden Ring, bis es ihm gelang, den Stein mit einer Polypenzange hervorzuziehen, wobei ein Theil abbröckelte. Der Stein war von der Scheide aus nur zur Hälfte sichtbar gewesen, die andere Hälfte steckte in der Blase. Der Stein war 4 cm lang, 2 cm breit und $1^1/_2$ cm dick. Gleich nach seiner Entfernung floss ziemlich viel Harn aus der Fistel, man konnte jetzt durch dieselbe den Finger in die Blase bequem einführen. Dabei fand Fincke in der Blase noch eine Menge verschieden grosser, schon beim Fingerdruck zerbröckelnder Steine, die er grösstentheils mit der Polypenzange extrahirte. Die kleineren Bröckel wurden einfach ausgespült. Die Fistelöffnung war tief eingezogen und von der Scheidenschleimhaut überwulstet. Das hintere Viertel des Defectes wurde von der cervix uteri begrenzt. Nach vorn und zur Seite der Fistel war die Schleimhaut in grossem Umfange nekrotisch. Nach allmählicher Abstossung der Schorfe später die Blasenscheidenfistel operativ geschlossen. In dem von zwei grösseren zusammenhängenden Massen bestehenden grossen Phosphatsteine fanden sich nach Auflösung in Salzsäure 2 Kerne: das os occipitis und die eine Hälfte des Unterkiefers des Foetus. Fincke nimmt an, der Foetuskopf sei vom Uterus in die Scheide ausgestossen worden, dort habe derselbe den Decubitus durch Druck hervorgerufen und seien dann diese beiden Knochenstücke in die entstandene Blasenscheidenfistel zu liegen gekommen und darin stecken geblieben. Die kleinen kernlosen Steine in der Blase seien abgebröckelte Theile des grossen Steines.

(Es scheint auf Grund der Anamnese sowie des Befundes sicher, dass nicht nur eine Blasenscheidenfistel, sondern auch eine Mastdarmscheidenfistel durch die Knochenfragmente hervorgerufen worden ist. Ich zweifle, dass der Schädel in toto ex utero in vaginam geboren und hier zurückgehalten wurde, wie Fincke anzunehmen scheint, sondern glaube, dass der in utero zurückgelassene Schädel in demselben der Fäulnissmaceration anheimfiel mit allmählicher Elimination kleinerer und dünnerer Knochenfragmente des Schädels der sechsmonatlichen Frucht, so dass allmählich alle Knochen an die Aussenwelt gelangten, bis auf die genannten drei, von denen einer [wahrscheinlich ein Os parietale oder zwei in einander eingeschachtelte, wie es gewöhnlich gefunden wird] von der Frau selbst mit den Fingern aus dem Mastdarm entfernt wurde, die anderen beiden sich in dem Blasenscheidensteine vorfanden. Jedenfalls sind wir Herrn Fincke für seine interessante Mittheilung verpflichtet, die einen neuen Beweis bringt für die Naturheilung durch Spontanelimination eines Fremdkörpers und für die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen Jauchung, Eiterung durch Fäulnisskeime. Die letzten Reste des abgerissenen Kinderschädels wurden hier erst nach 16 Jahren aus dem Genitaltractus entfernt. N.)

181. **Freund** („Ueber Toleranz des weiblichen Genitalkanals gegen traumatische und septische Einwirkungen. Geschichte einer Frau, welche den vor

10 Jahren abgerissenen Kindeskopf noch heute in einzelnen Resten im Uterus trägt.“ Deutsche Klinik 1869, No. 33, S. 301—305). 34jährige Frau, 12 1/2 Jahre verheirathet, hat viermal geboren und zwar dreimal Abort, dann ausgetragene Schwangerschaft, Steisslage, Extraction, Decapitation, das „caput mortuum“ beweglich in der Uterushöhle blieb zurück, da weder der scharfe Haken noch die Hand den Schädel herauszubringen vermochten. Wegen Tetanus uteri und Blutung und Erschöpfung der Frau stand man von weiteren Versuchen ab, Schädel und Placenta blieben zurück. Eklampsieähnliche Anfälle, Fieber, jauchender Ausfluss, am 6. Tage ging die aashaft stinkende Placenta ab. Am 7. Tage fand Max Freund das Collum uteri eingerissen, einen Splitter eines Schädelknochens locker eingespiesst, den er entfernte. — Das Wochenbett verlief ziemlich günstig, aber grosse Erschöpfung, so dass die Frau erst nach Monaten wieder gehen konnte. Es erfolgte meist ein ichoröser Ausfluss, abwechselnd mit Fluor albus, Schmerzen an verschiedenen Stellen des Bauches, nervöse Erscheinungen, verdächtiger Husten, chronischer Morbus maculosus, Abmagerung, periodische Entzündung der äusseren Genitalien, kurz, eine Anzahl der quälendsten Zufälle, selbst partielle Lähmung der Extremitäten. Die Menses traten trotzdem ziemlich regelmässig auf, der Blutabgang war ein schwacher. Coitus ohne Störung ausgeübt. So schleppte sich die Frau mit hin und wieder ganz leidlichem Befinden fort. Im November 1868 fühlte sie ein heftiges Stechen im Schoosse und entfernte selbst ein Knochenfragment aus der Vulva. Der behandelnde Arzt fand damals ähnliche Knochenfragmente im zerrissenen Muttermund und beförderte digital einen Knochen heraus, die anderen konnte er nicht entfernen. W. A. Freund sah die Kranke 1865; die stark abgemagerte, nervösreizbare Frau gab an, ihre häuslichen Geschäfte zu besorgen und auch auszugehen, stets aber mit schneller Ermüdung; gegenwärtig regelmässig menstruirt, wurde sie von einem zeitweise zunehmenden, dann auch stark ätzendem Ausfluss gequält, insbesondere sei die spontane Ausscheidung von Knochenstückchen von sehr schmerzhafter Entzündung der äusseren Genitalien begleitet. Die Frau übergab Freund 3 dieser Knochenfragmente: die beiden kleinen Flügel des Keilbeines und ein unbestimmbares Fragment eines platten Schädelknochens. „Dieselben“, schreibt Fr., „erscheinen hell gelblichgrau, sind leichter als normal, sehr porös; die organische Substanz ist stark geschwunden. Die innere Untersuchung ergiebt einen faustgrossen Uterus in mässig stark ausgesprochener Vorwärtsneigung; Cervix verkürzt, vielfach eingerissen, rundlich geöffnet und für den Finger etwa 2 cm passirbar. Die Sonde stösst in der Höhe des Orificium internum deutlich auf einen nackten Knochen; genaueres Exploriren zeigt, dass derselbe nahezu quer über der Cervicalhöhle liegt und sehr wenig beweglich ist. Eine irgendwie forcirte Entleerung der noch in utero befindlichen Schädelreste ist nicht angezeigt, würde übrigens von der äusserst reizbar und misstrauisch gewordenen Frau entschieden von der Hand gewiesen werden.“ Im Mai 1869 sah Fr. die Frau abermals wieder: Schleimige, zeitweise seröse, hin und wieder übelriechende Ausflüsse. Menses regelmässig, beschwerdefrei. Uterus verkleinert, gegen früher aber noch abnorm gross. Abermals ein Knochenfragment mit Kornzange entfernt. — Fr. knüpft an seine seltene Beobachtung, die er seiner Zeit für einzig dastehend ansah, eine Reihe von Betrachtungen über die Aetiologie des Puerperalfiebers.

182. **Kosiński:** Siehe Fall 87 der vorliegenden Casuistik.

183. **Lazansky** (Wiener Medicinal — Halle 1860, No. 3 — siehe Monatsschr. f. Geb. u. Fr., 1862, XVII. Bd., S. 392) beschreibt die spontane Austreibung eines infolge gescheiterter Extractionsversuche freiwillig zurückgelassenen Kopfes. Die Hebamme hatte bei einer V-para die Wendung auf die Füsse und Extraction vorgenommen. Das Kind drehte sich beim weiteren Durchtritt durch den Becken-

kanal mit dem Bauch nach vorn, der Unterkiefer blieb oberhalb der Schambeine hängen und der Kopf wurde, da mehrere Weiber sich in ihren Bemühungen, das Kind herauszuziehen, ablösten, endlich bis auf eine 2 Linien breite Hautfalte vom Rumpfe des Kindes getrennt. Nachdem ein herbeigerufener Geburtshelfer vergeblich versucht hatte, den Kopf mit der Zange zu fassen, wurde L. geholt, fand den Unterkiefer in der Mitte zerbrochen, den übrigen Theil des Kopfes sehr hochstehend und vom Uterus krampfhaft umschnürt. Promontorium leicht zu erreichen. Die Versuche, den Kopf umzudrehen, gelangen nicht, ebensowenig hatte die Perforation des rechten Schläfenbeines bei Anwendung eines durch die Bauchwandungen ausgeübten Gegendruckes Erfolg, da die Wunde zu klein war. Da eine Kephalotribe nicht zur Hand war, so musste die Austreibung des Kopfes der Natur überlassen bleiben, welche denn auch die Geburt nach einigen Stunden mit Schonung der Gesundheit des Weibes beendete.

184. **W. Opitz** („Fremdkörper im Uterus." Centr. f. Gyn. 1885, No. 46, S. 727): Ein Stück Schädelwand verblieb nach Kranioklasie in utero zurück, ohne das Wochenbett schädlich zu beeinflussen, und wurde nach $2^1/_2$ Jahren gelegentlich entfernt, ohne je zu erwähnenswerthen Beschwerden Veranlassung gegeben zu haben. 30jährige IV-para, zuletzt vor $2^1/_2$ Jahren entbunden und seither regelmässig menstruirt, gab an, „etwas Fremdartiges" in der „Geburt" zu haben und klagte über fortwährendes Abgehen eines braunen Schleimes. Uterus normal gelagert, wenig vergrössert, wenig druckempfindlich, Ovarien normal. Der Finger tastet im erweiterten Muttermunde einen scharfkantigen harten Körper, der sich mit einer gebogenen Zange leicht entfernen liess: es war ein unregelmässig viereckiges, von Weichtheilen entblösstes, flaches, 3 cm langes und $1^1/_2$ cm breites Knochenstück von aashaftem Geruch, welches augenscheinlich von dem an das Schläfenbein angrenzenden Theil des Scheitelbeines eines Neugeborenen herstammte. Die Geburt vor $2^1/_2$ Jahren war von Dr. Meyburg wegen engen Beckens bei Schädellage mit Vorfall eines Armes durch die Perforation beendigt worden und Kranioklastextraction.

185. **Rémy** (Archives de Tocologie 1895, p. 748: „Tête foetale séparée du tronc et retenue dans l'utérus, au dessus du détroit rétréci").

186. **Matthias Saxtorph's** gesammelte Schriften etc., herausgegeben von Paul Scheel, Kopenhagen 1803, p. 361: „Von einer sonderbaren Zusammenschnürung der Mutter, wodurch der abgerissene Kopf eines Kindes auf eine ungewöhnliche Art zurückgehalten wurde." Frühgeburt im 7. Monate, Wendung durch die Hebamme, Kopf abgerissen, zurückgeblieben; Saxtorph mühte sich vergeblich ab den Schädel herauszubekommen, bis endlich die erschöpfte Kreissende bat, „er solle doch endlich einmal aufhören". Aderlass und Tinct. Opii, nach einigen Stunden Nachwehen, die den Kopf in die Scheide pressten, von wo ihn S. ohne Mühe entfernte.

187. **Schwartz** vollzog am 8. October 1892 in Fünfkirchen mit günstigem Ausgange für die Mutter eine Symphysiotomie wegen Retention des nach Decapitation in utero zurückgebliebenen Schädels. 22jährige III-para (1^0 Zange, 2^0 Wendung, beide Kinder todt), 6. October Geburtsbeginn, 7. Wasserabfluss, vergeblicher Zangenversuch, Cervixläsion, Tetanus uteri nach Decapitation. 8. October kam Eklampsie dazu. C. ext. 16,8, diagon. 10,5 cm. Allgemein verengtes Becken. — (Centr. f. Gyn. 1893, No. 5, p. 84—86.)

188. **Tóth** („Fall von langer Retention von Foetalknochen im Uterus." Budapesti kir. Orvosegyesület. 1895, Mai 18. — siehe Centr. f. Gyn. 1896, No. 24, S. 645). 25jährige III-para: Es wurde im 8. Schwangerschaftsmonate von einem Arzte die in Steisslage befindliche Frucht extrahirt. Der Hals riss durch und der Kopf blieb in utero zurück, von wo ihn der Arzt

nicht entfernen konnte. Fieberhaftes Wochenbett mit starkem Ausfluss, jedoch befand sich Pat., abgesehen von unregelmässigen Menorrhagien und übelriechendem Ausfluss ein Jahr ganz wohl. Erst nach dieser Zeit kamen unter Schmerzen öfters schwarze übelriechende Knochen zum Vorschein, die dann ein herbeigerufener Arzt aus der Scheide entfernte. 16 Monate nach jener Geburt wurden die noch zurückgebliebenen Knochen mit Polypenzange aus der Cervix und nach einer vorherigen Dilatation letzterer (Laminaria) die übrigen die Gebärmutterhöhle auskleidenden, fest angewachsenen Knochentheile mittels einer Zange entfernt. Wegen nachfolgender Blutung Gazetamponade. Glatte Heilung.

189. **Valenta** (Archiv f. Gyn., Bd. 19, Heft 3, p. 431, 1882) beschrieb einen Fall, wo der Kopf eines reifen Kindes sammt Placenta innerhalb der Uterushöhle ohne jedwede Reaction 40 Tage lang retinirt wurde. Der Schädel war nach geburtshilflicher Decapitation zurückgeblieben, und die Frau bat Valenta, denselben jetzt unter jeder Bedingung zu entfernen, da weder sie noch ihre Umgebung länger den von den Genitalien ausgehenden Gestank zu ertragen vermögen. Trotz der Wahrheit der Schädelretention absolute Euphorie der Frau. Ueber kindskopfgrosser, eigenthümlich knitternder, unbedeutend empfindlicher Tumor über der Schoossfuge, der antevertirte Uterus mit derbharter, vollkommen rückgebildeter Vaginalportion. Am inneren Muttermunde, der den Finger nicht einliess, eine Knochenspitze erkennbar. Wenn man die Gebärmutter nach abwärts schob, ihren Fundus eindrückte, fühlte man deutlich ein Knittern, ja man hörte es, gleichzeitig ergoss sich ein dunkelbraunes, pestilenzialisch stinkendes Secret. Sub partu hatte der Arzt den abgetrennten Kopf einfach zurückgelassen, da er ihn auf keine Weise herausbekommen konnte. Auch zwei andere Aerzte quälten sich später umsonst ab und gaben schliesslich Ergotin, da die Frau auf keinen Fall in eine Klinik gehen wollte. Bis zum 8. Tage nur das Bett gewechselt, aber keinerlei Ausspritzung trotz Jauchung, später alle 2—3 Tage Ausspritzung mit lauwarmem Wasser, nie ein Schüttelfrost oder irgend welche Schmerzen. Nur der Gestank war so schrecklich, dass schliesslich der Bezirksarzt Dr. Kapler die Transferirung ins Krankenhaus anordnete. + 37,5 °C., Puls 72, jetzt 3stündlich 3 % Carbolausspülung, Sitzbäder. Leiter's Wärmeregulator auf den Leib und Zuwarten angeordnet. Status quo, keine Wehen, die dünne Uterinwand blieb wie ein Zeltdach über den Schädel gespannt. Der Uterus war vollkommen puerperal involvirt, das Corpus passiv durch den Fremdkörper ausgedehnt erhalten, während das Collum sich zurückgebildet hatte. Was thun? Zunächst Pressschwamm, dann Tupelo, dann wieder Pressschwamm und 5 Dosen zu je 1 Gramm Secale cornutum im Laufe eines Tages. Es gingen bei jedem Wechsel des Quellmeissels Knochenfragmente in Jauche ab, aber der Uterus blieb weich. Narkose als der äussere Muttermund 2½, der innere 1½ weit war. Mit langer Polypenzange Basalknochen, dann Schläfenbeine, Stirnbein, zuletzt Seitenwandbeine zerbröckelt entfernt. Besondere Schwierigkeiten machten die an den Fundus uteri angeschmiegten Ossa parietalia, man musste den Fundus flaschenbodenartig eindrücken, diese platten Knochen so einknicken, dann erst konnte man mit dem Zeigefinger dieselben abheben und hebelartig einen Knochenrand so gegen den Muttermund herabbewegen, dass der Knochen von der Zange gefasst und auf selbe gleichsam aufgerollt und entfernt werden konnte, aber es gelang erst nach Incision des inneren Muttermundes, die trotz der Jauchung ausgeführt wurde, da Valenta eine glatte Schnittwunde einer eventuellen Risswunde vorzog. Mit den Knochen gingen stets kleine frisch aussehende Placentareste ab. Nach 1½ Stunden waren endlich alle Knochen in circa 40 Fragmenten entfernt und ein kleiner handtellergrosser Placentarest mit Finger und Curette beseitigt, was zu einer reichlichen Blutung führte. Heisswasserirrigation von

+ 50 °C. Ergotin subcutan. Auch dieses so zu sagen zweite Wochenbett verlief ohne Störungen, so dass die Frau nach einigen Tagen völlig gesund nach Hause ging: Uterus kaum um 1 cm vergrössert, antevertirt, beweglich. Valenta betont 1° die Toleranz gegen den Fremdkörper ohne Spur der geringsten Reaction behufs Austreibung, 2° das Ausbleiben von Septikaemie trotz Jauchung.

190. **Żemtschużnikow** vervöffentlicht eine hochinteressante Beobachtung aus v. Rein's Kijewer Klinik (Protokolle der geb.-gyn. Ges. in Kijew 1892, Russisch, V. Jahrg., V. Bd., S. 2, mit Abbildung [Russisch], Beilagen S. 73—80). Bei einer 35jährigen VI-para mit kindskopfgrossem Tumor, der aus der Sacralgegend aufsteigt und mehr als die Hälfte des kleinen Beckens erfüllt, haben die bei der letzten Geburt (Steisslage) anwesenden Aerzte mit grosser Mühe den Rumpf extrahirt, dann die Decapitation ausgeführt, aber es gelang ihnen nicht, den Kopf zu entfernen. 10 Monate später wurde die Frau in v. Rein's Klinik gebracht. Während dieser ganzen Zeit eitrig-jauchiger Ausfluss mit Spontanelimination von Knochenfragmenten. In der Klinik wurde der Rest der Knochen des 10 Monate retinirten Kinderschädels entfernt. Beiderseits oberhalb der Inguinalfalten Narben nach ausgeheilten Eiterfisteln. Der genannte Tumor lag retrouterin und tief im Cavum Douglasii, so dass der Uterus stark anteponirt und retrovertirt und elevirt gefunden wurde, Muttermundslippen nur schwer zu erreichen. Der Finger tastet im Collum Foetalknochen und constatirt, dass einer derselben mit einer Kante in das vordere Scheidengewölbe durchgetreten ist. Der Harn enthält Eiter. Die Knochen sind theilweise in das praeuterine, retrovesicale, parametreme Zellgewebe eingedrungen. Es existirt eine 3 cm breite Perforation e cervice ins vordere Scheidengewölbe, entstanden auf dem Wege der Druckusur. Fistula cervicovaginalis laqueatica anterior L. Neugebauer's. Die Kranke wurde, von den Resten des Kinderschädels befreit, vorläufig entlassen, sollte aber des Tumors wegen später wiederkommen. Die Beschreibung ist eine sehr gewissenhafte und detaillirte.

Bei der Extraction der auf 2 Tafeln abgebildeten Knochenstücke wurde die Vaginalportion an 2 Stellen eingerissen. Einzelne Knochen wurden mit Liston's Knochenzange zerschnitten. Die beiden ossa parietalia waren in einander eingeschaltet, so dass man den Eindruck gewann, als ob nur ein os parietale in uteri war. Es wurden im Ganzen 51 Knochenstücke entfernt, da grössere Knochen zerstückelt wurden.

Z. giebt in seiner Arbeit an, nur eine ähnliche Beobachtung von Horwitz gefunden zu haben, wo nach Decapitation durch Uterusruptur der Kopf in die Bauchhöhle gelangt war bei einer 25jährigen Multipara. Die Frau starb 24 Stunden nach Decapitation, nachdem es auf keine Weise gelungen war, den Kopf zu entfernen — in jener Zeit hatte man es noch nicht gewagt, wegen Retention des kindlichen Schädels zur Symphysiotomie zu greifen, wie weiland 1892 Schwarz in Fünfkirchen. — In einem ähnlichen Falle aus der gerichtsärztlichen Praxis v. Rein's Kopf nach Decapitation sub necropsia in der Bauchhöhle gefunden. Persönlich war ich als Expert in einem Process gegen einen Feldscheerer D. engagirt, der angeklagt war, den Tod einer Gebärenden durch Abreissung des Rumpfes vom Kopf bei der nach Wendung vollzogener Extraction des Kindes veranlasst zu haben. Der zurückgebliebene Schädel wurde nachträglich von einem Arzte mit der Zange entfernt, dabei platzte die Gebärmutter und die Frau starb. Der Tod war die Folge der Ruptur, letztere aber durch die Zange veranlasst und nicht durch den Feldscheerer, der sub extractione den Kopf zurückbleiben liess. Gerade der Umstand, dass der Kopf abriss und zurückblieb, spricht dafür, dass die Ruptur nicht von dem Feldscheerer veranlasst war, sondern von dem Arzte, der die Extraction des Schädels mit der Zange forcirte

B. Retention reif oder frühreif abgestorbener Früchte in der Uterinhöhle über den normalen Schwangerschaftstermin hinaus.

172 Beobachtungen.

191. **Joh. Albosius**: „Portentum Lithopaedion in utero materno per annos 28 contentum, petrefactum et post matris mortem exsectum 1582." 28jährige Retention der Frucht in utero, Lithopaedion von Sens.

Columba Charria (n. Müller) oder Chatry (n. Kieser) aus Agendicum bei Sens hatte nie geboren und wurde, 38 Jahre alt, schwanger zwischen 1553 und 1554. Heftige Wehen am normalen Schwangerschaftsende, Abgang der Wässer (nach Müller: ichoröser Flüssigkeit), einer Membran und eines Stückes Blut mit serösen Massen, mit Aufhören der Kindsbewegungen und Einsinken der Brüste. Nachlass der Wehen, 3 Jahre lang Bettlägrigkeit, stets Unbehaglichkeit, Leibschmerzen, Verdauungsbeschwerden, harte, dem Lagewechsel folgende Geschwust.

Section: Uterus in Farbe backsteinähnlich, in seinen Wänden runzelig, verdickt, erhärtet, beim Schneiden Widerstand zeigend uud mühsam durchtrennbar. Foetus quer im Uterus gelagert, in dicken, derben Eihäuten mit prodigiöser kalkiger Gypsmasse umgeben, gut erhalten (cit. nach Küchenmeister l. c. p. 172, der folgende Geschichte und Literatur dieses Falles angiebt: „Vom Pariser Raritätenhändler Pretersaglé kam es an Goldschmied Stephan Carteron, dann an Juwelenhändler Gilibert Vautron aus Venedig (1628), dann an König Friedrich III. von Dänemark (1663), für den es Bartholin zur Untersuchung erhielt. Letzterer beschrieb es in Histor. anat. rar. cent. II, histor. 100, p. 321, 1654. Später beschrieben es: Franz Roussel (ὑστεροτομοτοκία 1601, übersetzt von Bauhin, Frankfurt), ferner Thuanus (libr. hist. 17), Paraeus (libri 25 de monstr. cap. II), Joh. Schenck (observ. med. rar. nov. adm. et monstr. I, 4, obs. 194), Cordaeus (Comment. in Hippocratis de muliebr. LI, No. VII), Licetus (libr. 2 de monstr., cap. 45), Hebamme Bourgeois (obs. p. 102).

Kulenkampff („Retention abgestorbener Früchte im Uterus." D. J. Kiel 1874) hat sämmtliche (18) Fälle der ihm zugänglichen Literatur zusammengestellt und giebt als älteste Beobachtung den gleichen Fall an, der in Spachii Gynaecia 1597 (In: „Hippocrat. lib. I de muliebr. comment. VII, p. 740") beschrieben ist: Im Uterus einer im 68. Jahre verstorbenen 48 Jahre verheiratheten Frau Columba Chatry fand man eine versteinerte Frucht. Diese Frau bis vor 28 Jahren stets gesund, alsdann zum ersten Male geschwängert, bekam wohl Wehen am normalen Schwangerschaftsende, es gingen Wasser und Blutgerinnsel ab, die Frucht verblieb jedoch in utero, die Wehen hörten auf, die Brüste fielen ein. Drei Jahre lang war diese Frau bettlägerig und hatte auch später bis zu ihrem Tode stets Kreuzschmerzen und eine harte schwere Geschwulst im Leibe, die je nach der Körperhaltung ihre Lage änderte. Bei der Section Uteruswandungen runzlig, verdickt, verhärtet, schwer zu schneiden. Im Uterus ein zur Kugel zusammengeballter weiblicher Foetus querliegend und umschlossen von den in eine derbe, dicke Membran verwandelten Eihäuten. Die linke Hand war in einen steinharten Klumpen verwandelt, an welchem nur seichte Furchen als Andeutungen der Finger sich bemerken liessen. Beide Füsse mit den Plantarflächen zusammengewachsen und in einen Steinklumpen verwandelt. Die wohlerhaltenen Schädelknochen lagen unter der noch an vielen Stellen mit Haaren besetzten Kopfhaut. Der von normaler Haut bedeckte Rumpf hatte seine Form ziemlich unverändert erhalten. Eingeweide, Herz, Gehirn sehr hart. In einer Kieferalveole 1 Zahn.

An den Extremitäten zeigten sich die zwischen den compacten, stellenweise entblössten Knochen liegenden Muskeln in eine gypsartige Masse von der Härte festen Kalkes verwandelt. (Bartholini hist. anat. rariar, cent. II, obs. 100.) Bartholinus, der das Präparat untersuchte, giebt (nach Kulenkampff) eine Zusammenstellung der Ansichten seines Zeitgenossen über die Ursachen der Versteinerung.

Die Frau war also im 40. Lebensjahre geschwängert worden und hatte den Foetus 28 Jahre lang bis zum Tode in utero getragen.

192. **Ahlfeld** (Centr. f. Gyn. 1897, No. 7, S. 195): ¼jährige Retention einer reif abgestorbenen Frucht. Am richtigen Schwangerschaftsende Wehen, ohne den Muttermund zu eröffnen, die dann sistirten.

193. **Fr. Alonso** (El siglo medico 236, Juli 1858. — siehe Schmidt's Jahrb. 1859, 101, p. 63 — siehe Kulenkampff, S. 15) machte nach 22monatlicher Intrauterinschwangerschaft den Kaiserschnitt mit glücklichem Erfolge. — 35jährige schwächliche, immer regelmässig menstruirte Frau, hatte bereits 4 normale Geburten und einen Abortus überstanden und glaubte sich seit 9 Monaten wieder schwanger. Zur Zeit der erwarteten Entbindung trat indessen lebensgefährliche Metrorrhagie auf, um derenwillen die Frau ins Lazareth aufgenommen wurde. Die Blutung kehrte mehrmals, wenn auch schwächer wieder, und ging nach und nach in einen rein serösen Ausfluss über. Patientin fühlte ausser etwas Spannung in der Weichen- und Lendengegend beim Stehen und Gehen, sowie etwas unregelmässig wiederkehrendem Schmerz im Leibe, nichts Lästiges. Die bis 3 Querfinger über den Nabel reichende, nach dem kleinen Becken hin sich verlierende, birnförmige, selbst bei Druck nicht schmerzhafte und in allen Richtungen bewegliche Geschwulst im Leibe war fibrös-cartilaginöser Resistenz. Der Uterus konnte nur bei bimanueller Untersuchung mit dem Finger erreicht werden; Muttermund stand vorn, sonst nichts Besonderes. Man meinte es mit einem Uterusfibroid zu thun zu haben; bis zum 4. Juni trat bei einem resolvirenden Verfahren keine Veränderung ein. Durch ein Versehen rieb sich die Patientin den Leib mit Wiener Aetzpaste ein, wovon grosse Geschwüre die Folge waren. Mit der durch den Muttermund eingeführten Sonde stiess man in einer Höhe von 2 Zoll auf einen harten Gegenstand. Um diesen zu entfernen, führte man Pressschwamm in den Muttermund ein, verordnete Vaginaldouchen von lauwarmem Wasser und Belladonnasalbe an die cervix uteri. Bei Entfernung des Schwammes entleerte sich fast stets Eiter in verschiedener Menge und übelriechendes Gas; übrigens war kein Erfolg zu sehen und machte die Einführung des Schwammes der Kranken stets Schmerzen. Dabei stellte sich vom 7. Juni an leichtes Fieber, Nachtschweiss, Diarrhoe, Excoriation der Vulva und Scheide und neben dem erwähnten Eiterabfluss der Abgang von Knöchelchen (Phalangen) ein. Um den Foetus zu entfernen, setzte man den Gebrauch des Pressschwammes und der Vaginalinjectionen fort und liess Bäder nehmen. Bald konnte man mit dem Finger so weit in die Gebärmutter eindringen, dass man darin glatte, mit übereinander geschobenen und gezähnten Rändern versehene Knochen erkennen konnte und einige kleinere Knöchelchen entfernen. Der Uterus zeigte nicht die geringste Contractionsbestrebung trotz fortgesetzten Gebrauches von Secale cornutum. Eine auf dem Bauche entstandene Blase entleerte viel Eiter. Inzwischen verminderte sich zwar der Eiterabfluss per vaginam, doch blieb der übrige Zustand beim Alten; namentlich gelang die Erweiterung des Gebärmutterhalses nicht über den bisherigen Grad hinaus und scheiterte an der Rigidität seiner Wände. Dabei wurde das Allgemeinbefinden bedenklich. Man entschloss

sich, den Kaiserschnitt zu machen, für den man viel Vortheil von der deutlich erkennbaren Verwachsung mit der vorderen Bauchwand des Uterus erwartete. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich dann auch jene Verwachsung. Aus dem Uterus trat stinkendes Gas aus, und wurde der sonst ganz von Weichtheilen entblösste Foetus extrahirt. Patientin befand sich in Besserung, sodass man mit einigem Grunde auf einen glücklichen Ausgang hoffen durfte.

194. **Andrews** (Amer. Journ. of med. sc. — siehe N. Zeitschr. f. Geb., Bd. IX, S. 287 — citirt nach Liebmann l. c. p. 64): Zur rechten Zeit stellten sich bei einer Schwangeren Wehen und Blutung ein; doch ging die Entbindung nicht vor sich, sondern erst 9 Monate darauf; also 18 Monate nach dem Anfange der Schwangerschaft wurde ein todter Foetus ausgestossen.

195. **Andebert:** „Foetus momifié retenu deux mois dans l'utérus.“ Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux. Mars 1896, p. 112. (Ausgetragener Foetus?)

196. **Baer** (siehe Thoman l. c. p. 18): „Retention der Frucht im Uterus 5 Jahre hindurch.“ Im Jahre 1876 stürzte eine in den letzten Tagen des 9. Schwangerschaftsmonates stehende Frau von einem Stuhle, auf welchem sie gestanden, so herab, dass sie mit dem Unterleibe auf den pfahlförmig vorstehenden Seitentheil der zerbrochenen Stuhllehne auffiel; die Frau wurde nach dem Falle ohnmächtig, klagte später über heftige Schmerzen. Der Unterleib war ungemein empfindlich und aufgetrieben. Die Untersuchung ergab eine Quetschwunde in der rechten Seite der Unterbauchgegend. Die Kranke schwebte eine Woche hindurch zwischen Tod und Leben, erholte sich aber nachher. Im Jahre 1880 constatirte Baer das Vorhandensein von losen Knochen im Uterus. Aber erst Anfang Januar 1882 kam die ungemein herabgekommene Kranke in das Universitäts-Hospital und in die Klinik von Dr. Goodell, wo nach vorausgegangener Dilatation und Incision der Cervix eine Masse von Knochen und Fetzen von Weichtheilen extrahirt wurden. Nach der Evacuirung des Uterus bestätigte die in dessen Höhle eingeführte Hand die schon früher supponirte Diagnose einer Ruptur des Uterus; rechts in der Nähe des Fundus konnte man von der Uterinhöhle aus 2 Finger in einen dem Uterus aufsitzenden, von Pseudomembranen gebildeten Sack einführen. Bemerkenswerth ist noch in diesem Falle, dass die Kranke 3 Jahre nach dem Sturze, im Jahre 1879, an einem typhösen Fieber erkrankte, und genas, ohne dass die todte Frucht damals ausgestossen worden wäre. (Amer. Journ. of Obst. Mountly Supplem. August 1882.)

197. **Bauhin,** p. 201: Todtes Kind, 4 Monate zurückgehalten bei einer Baseler Schneidersfrau Katharina Frechin; die Frau starb unentbunden.

198. **Bernheim** („Observation de foetus mort et momifié. Séjour des produits de conception pendant onze mois dans l'utérus normal. Accouchement provoqué. Guérison.“ Annal. de Gyn., Nov. 1892, Vol. XXXVIII, p. 389).

199. **Binkley** („A retained foetus.“ Nashville Journ. of Med. and Surg. XLVI, p. 445).

200. **Bompard** (Journ. de Verdun 1734 — cit. nach Küchenmeister l. c. p. 187): 15jährige Retention eines Foetus in utero. Im Jahre 1719 bekam eine Knopfmachersfrau plötzlich Geburtswehen durch 2 Tage. Dann Ruhe. 1720 (8—9 Monate später) ähnliche Schmerzen. Der Unterleib hatte sich nicht verändert bis dahin, nahm aber von da an stetig ab bei voller Gesundheit. Tod am 1. Mai 1734.

Section: Der Uterus ein Sack von 5 Zoll Länge und 3 Zoll Dicke. Durch denselben fühlte man einen fremden Körper mit Spitzen und Knorren. Der der Länge nach geöffnete Uterus hatte ein Orificium internum von mehr als 1 Zoll Dicke und war lederhart. Darüber stiess die Hand auf eine grosse Zahl von Epiphysen, die Bompard anfangs für Steine nahm; dann ein blosses, der Tegumente beraubtes Os femoris ohne Muskeln, Periost und Epiphysen. Gegen den Fundus uteri hin lagen verschiedene confus gelegene Knochen der oberen und unteren Extremitäten. Wahrscheinlich war der Foetus am Ende des 7. Monates gestorben, nach der Grösse der vorgefundenen Knochen und des im Fundus uteri gelegenen Kopfes zu urtheilen.

201. **Borham** (Lancet, 17. Dec. 1870, p. 851 — siehe Kulenkampff l. c. p. 17) theilt einen Fall von Retention des Foetus infolge spinaler Lähmung mit: Mrs. R., 30 Jahre alt, klagte im 6. Monate ihrer 2. Schwangerschaft, die bis dahin ganz normal verlaufen war, über Schmerzen im Rücken und Kreuz, die in die Schenkel ausstrahlten, so dass sie beim Gehen hinken musste. Einen Monat später wurde sie plötzlich an beiden Beinen vollständig gelähmt mit gänzlichem Verlust des Gefühles von den Zehen bis zur Lumbarregion hinauf; Uterus, Blase und Mastdarm waren mitergriffen, und litt Patientin an incontinentia albi et urinae. Bald stellte sich eine grosse phagedänische Wunde am Kreuzbein ein, die durch schmale Fisteln mit dem Rückenmark in Verbindung stand. Das normale Schwangerschaftsende war erreicht, es zeigten sich aber keine Wehen, dagegen begann ein reichlicher, übler, offensiver Ausfluss aus dem Uterus, und drohte Resorption dieser Flüssigkeit. 2 Tage darauf überzeugte ich mich, dass der Muttermund schlaff und leblos war; er gab bei der Berührung nach und fühlte sich bei Druck mit dem Finger an wie Haut bei Anasarca. Da die Kranke von meinen Manipulationen nichts fühlte, führte ich meine Hand direkt in den Uterus ein, was leicht gelang, ergriff die Füsse des Kindes, wendete es und befreite die Frau von der todtfaulen Frucht, ohne dass dieselbe überhaupt nur gewahr wurde, dass ich sie berührte. 8 Tage später starb die Frau. Die Wunde am Kreuz war rapid gewachsen und hatte die Grösse eines Tellers erreicht. Milchsekretion oder andere Symptome einer überstandenen Geburt stellten sich nicht ein.

202. **Carson:** Zangenextraction des Foetus 2 Monate nach seinem Tode (siehe Clintock — cit. nach Küchenmeister l. c. p. 218).

203 u. 204 **Charles** („Deux cas de rétention du foetus mort dans la cavité utérine . . . .“ Journal d'acc. Liège. 1893, T. XIV, p. 249, 257).

205. **M'Clintock** (Dublin Quarterly Journ. February and May 1864 — siehe Canstatt's Jahrb. 1864, VI, p. 395 — siehe Kulenkampff l. c. p. 15): Es war bei einer zum 14. Male Schwangeren, welche früher immer ausgetragen, im 7. Monat der Foetus abgestorben; die Schwangerschaft aber ging weiter, im 9. Monat ging unter Wehen eine blutige wässerige Flüssigkeit ab, die Wehen sistirten dann, traten 5 Wochen später wieder 2 Tage lang ein, wo dann von einem Arzte Knochen (Rippen) aus der Scheide entfernt wurden. Verfasser sah 62 Wochen hernach die Frau; er fand den Uterus von einer dem 4. Schwangerschaftsmonate entsprechenden Grösse, reichlichen Ausfluss stark fötider Flüssigkeit und erkannte im Uterus Knochentheile. Cervixerweiterung mit Pressschwamm, Entfernung mehrerer Knochenstücke; innerhalb 5 Wochen wiederholte M'Clintock dies sieben Mal, später wegen entzündlicher Erscheinungen seltener; nach der letzten Operation starb die Kranke unter den Erscheinungen einer acuten Pyaemie. Section wurde nicht gemacht.

206. **Cold** („Abgestorbene, in der Gebärmutter mehrere Monate zurückgehaltene Frucht.“ Gyn. og obstetr. Meddelelser, Bd. 10, Heft 3, p. 185, 186).

207. **Coldwell** (Edinb. med. and surg. Journal 1866, Vol. II, p. 22 — siehe Kieser: „Das Steinkind von Leinzell.“ Diss. Stuttgart 1854, p. 18): Mary Delap, seit 26 Jahren kinderlos verheirathet, wurde im Juni 1805 im Alter von 60 Jahren ohne bekannte Ursache von heftigen Schmerzen im Bauch und Becken mit hartnäckiger Verstopfung und Dysurie befallen. Kurz nach ihrer Hochzeit glaubte sie sich schwanger und hatte damals einen reichlichen Ausfluss aus dem Uterus, der für eine Fehlgeburt erklärt wurde. Seit jener Zeit blieb die Menstruation regelmässig bis zum 50. Jahre und die Gesundheit der Frau, zeitweise eintretende kolikartige, mit Verstopfung und Dysurie vergesellschaftete Schmerzen abgerechnet, ungetrübt, bis im Jahre 1805 die schon erwähnten Zufälle eintraten. Nach Clysma und Laxans Stuhl und Harn entleert. Die injicirte Masse wurde durch eine in der Vagina fühlbare, umfangreiche, dem Kopfe eines Kindes zu vergleichende Geschwulst verhindert, weit in den Mastdarm vorzudringen. Die Schmerzen hielten an und wurden mehr wehenartig, ohne dass der Gebärmutterhals seine Gestalt veränderte. Der gegen das Schambein gekehrte Muttermund stand tief und war nur soweit geöffnet, dass ein Katheter eindringen konnte, der in der Höhe von 1—2 Zoll auf einen festen Körper von Knochenhärte stiess. Wegen anhaltender Schmerzen Muttermund durch Kreuzschnitt erweitert, was keine Schmerzen machte. Man fühlte nun im Gebärmutterhals eine membranartige Substanz vor der knochenharten Geschwulst liegend. Da die Zange nicht weit genug eingeführt werden konnte, Scheeren und Klammern. Die Scheere konnte nur mit grosser Kraftanstrengung in der harten Masse herumbewegt werden und bewirkte in derselben eine nicht bedeutende Höhlung. Nach mehrstündigen vergeblichen Anstrengungen musste man den Versuch der Zerstückelung oder Herausbeförderung aufgeben. Die sehr erschöpfte Kranke bekam mehrmals Ohnmachten und starb am nächsten Tage.

Bei der Section fand sich ein mit dem Uterus verschmolzenes, zum grösseren Theil verknöchertes Kind. Der Kopf, mit dem wohl zu erkennenden Gesicht, bildete das breitere, gegen den fundus uteri gekehrte Ende der Geschwulst. Rumpf und untere Extremitäten waren von der Scheere zerstört. Kind und Gebärmutter zeigten sich zusammen verknöchert, an Letzterer waren nirgends Adhäsionen infolge vorangegangener Entzündung bemerkbar. (Küchenmeister l. c. p. 182 nennt den Autor Cadwell und spricht von 26jähriger Retention.)

208. **Diessl** („Ruptura cervicis uteri transversa.“ Beitr. z. Geb. u. Gyn. Berlin 1874, III. Bd., S. 13) beschreibt ebenfalls die Retention einer abgestorbenen Frucht. 15 Tage nach Uterusruptur eine V-Kreissende in Streng's Prager Klinik gebracht: in cervice Knochentheile und jauchiger Ausfluss, am 18. December 1871 einzelne Knochen entfernt, aber weil Sepsis in der Klinik herrschte, die Frau nach 8 Tagen in die gynäkologische Abtheilung übergeführt: am 28. December, also 25 Tage nach Ruptur des Uterus; hier blieb die Frau 25 Tage und starb pyaemisch am 50. Tage nach der Ruptur. 4 Zoll unterhalb der Kuppe des Uterus an seiner Vorderwand eine $1\frac{1}{2}$ Zoll lange und $\frac{1}{2}$ breite klaffende quere Rupturöffnung; Uterus 5 Zoll lang und 2 breit. Durch die Oeffnung gelangt der Finger in eine mit Jauche und Foetalknochen gefüllte Höhle, die erweiterte dünnwandige Cervix, die durch den Muttermund mit der Scheide communicirt. Der Uterus selbst lag in einer grossen Bauchabscesshöhle, die bis in das Becken reichte, umspült von Jauche und Foetalknochen, zersetzten Gewebsfetzen etc. Ausserdem fand sich noch ein völlig abgeschlossener Abscess zwischen hinterer Scheidenwand und

vorderer Mastdarmwand, citronengross, das hintere Scheidengewölbe vorwölbend. Es handelte sich um eine 50tägige Retention des in Verjauchung begriffenen Foetus, theilweise in utero, theilweise in der Bauchhöhle.

209. **Dohrn** (Monatsschr. f. Geb., Bd. XVIII, S. 151): Mehrgeschwängerte. Letzte Regeln Mitte December 1859, nach Ende Juni 1860 Aufhören der Kindsbewegungen nach einem heftigen Schreck. Die Geburt erfolgte am 12. December ohne Spur von Blutung nach Abgang von Fruchtwasser. Der Foetus war stark geschrumpft, zeigte an der Nabelschnur eine starke Verengerung. Das Placentargewebe war dicht, eine Spaltung in Cotyledonen kaum ersichtlich. Die Zotten waren wenig verästelt, breit, brüchig, in ihrem Innern mit zahlreichen Fetttröpfchen und stellenweise mit Pigmentkörnern erfüllt. Spuren von irgend ausgedehnteren Apoplexien fanden sich an der Placenta nicht vor. In demselben Aufsatze erwähnt Dohrn nach Liebmann 9 Fälle von über einmonatlicher Retention der Frucht bei Stenose der Nabelschnur, und zwar Retention von 14 Tagen 1mal, 1 Monat 3mal, 2 Monaten 6mal, 3, 4 und 6 Monaten 1mal, aber es handelt sich um Früchte, die infolge an Stenose oder Torsion der Nabelschnur in früheren Schwangerschaftsmonaten abgestorben waren.

210. **Fressel** („Intrauterine Retention der abgestorbenen Frucht.“ I.-D. Göttingen 1881 — Ref.: Jahresber. v. Virchow und Hirsch 1882, S. 552): Bei einer Multipara mit Placenta praevia wurde letztere im 8. Monate ausgestossen, die Frucht aber blieb in utero und wurde erst nach 2 Monaten stückweise ausgestossen.

211. **Freund:** Ein Fall von Missed labour. (Bericht: Archiv f. Gyn., VIII. Bd., 1875, S. 539.) Eine Frau, die sich früher einmal für schwanger hielt, aber nicht gebar, bekam höchst übelriechenden Ausfluss, der lange Zeit anhielt, sie aber nicht nöthigte, zum Arzte zu gehen. Allmählich noch andere Beschwerden. Freund fand das Skelett eines Foetus zum Theil in utero, zum Theil in vesica liegend, durch Cervixperforation war der Kopf in die Harnblase eingedrungen. Der grössere Theil des Foetus lag incrustirt in der Blase, der kleinere im Uterus und deshalb scheiterten Versuche der Extraction am kleineren Theile; Freund machte unbekannt zur Zeit noch mit Simon's Vorschlägen die Urethrotomie und extrahirte so den Foetus.

212. **Götz** (Wochenblatt der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, Juli 1855, No. 31, p. 500 — siehe Kulenkampff l. c. p. 14): 32jährige gesunde Frau, die vor 2 Jahren ein gesundes Kind geboren hatte, abermals schwanger. Sie diente als Magd ohne erhebliche Beschwerden bis zum 7. Monate, als sie eines Morgens ihre Bettwäsche ganz blutig fand. Sie arbeitete dann noch einen Monat weiter, bis abermals eine Blutung eintrat, die so heftig war, dass sie von einer Ohnmacht befallen wurde und einige Tage lang das Bett hüten musste. Sie erholte sich einigermassen wieder, fühlte sich aber noch sehr schwach. Nach Verlauf von 14 Tagen verlor sie plötzlich sehr viel mit Blut vermischtes Fruchtwasser, dem gleichfalls wieder Blut folgte, wodurch sie veranlasst wurde, in der Anstalt Hilfe zu suchen. Der wässrig blutige Ausfluss bestand fort und hatte den gewöhnlichen Geruch des Fruchtwassers. Lebenszeichen des Kindes konnten nicht mit Sicherheit ermittelt werden. Der Muttermund stand hoch, war äusserlich aufgelockert, der innere weniger geöffnet und ein Kindestheil kaum zu erreichen. Geburtswehen waren nicht vorhanden, der übrige Befund zeigte nichts Besonderes. Nach 3 Tagen stellten sich Wehen ein, der innere Muttermund wurde eröffnet und sammt dem jetzt erkennbaren Kopfe tiefer herabgepresst; dabei fühlte man rechts im Muttermunde einen weichen schwammigen Körper, der für den losgetrennten Mutterkuchen gehalten werden konnte; der Ausfluss wurde

übelriechend und schien der Bauch bei unregelmässigen Wehen an Umfang zuzunehmen, bis in der Nacht plötzlich eine ungewöhnliche Menge der schmutzigsten und übelriechendsten Flüssigkeit entleert wurde und der Uterus kaum mehr die Grösse wie bei einer 6monatlichen Schwangerschaft darbot. Die Kranke fühlte sich sehr erleichtert, die Wehen wurden schwach und selten. In den nächsten 24 Stunden änderte sich der Zustand nicht wesentlich, nur bemerkte man, dass aufgelöste Gehirnmassen abgingen. Bei der Untersuchung wurden in dem hochstehenden und eng zusammengezogenem Muttermunde die entblössten Schädelknochen gefühlt. Man beschloss die Wendung auf die Füsse zu machen und die Frucht zu extrahiren, musste jedoch davon abstehen, da die Einführung der Hand bei der Enge des inneren Muttermundes, der sich bei Berührung nur noch fester zusammenzog, nicht möglich war. Man schritt nun zur Extraction der einzelnen Knochen, und wurden in den nächsten 3—4 Wochen sämmtliche Schädelknochen und fast alle Knochen des Oberkörpers entfernt. Während dieser Zeit erholte sich Patientin sehr und wurde dann auf ihren Wunsch entlassen. Sie lebte noch mehrere Monate in dem Zustande einer stets getrübten Gesundheit; periodisch kamen neue Reizungen, übelriechende Ausflüsse und bald darauf soll sie am Zehrfieber gestorben sein.

213—215. Nach Thoman erwähnt **Robert Greenhalgh** (St. Bartholomews-Hosp. Rep. II, p. 1, 1875) ausser den von mir schon erwähnten Fällen noch die Beobachtungen von L. M. Weenes, Montgomery und Burdon. Die Retention hatte zwischen einigen Wochen bis zu $2\frac{1}{2}$ Jahren gedauert.

216. **Saenger** („Ueber Ruptura uteri“ — Verhandl. der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie, VI. Congress, Leipzig 1895, p. 50: „Ruptura uteri in der Schwangerschaft“) beschreibt u. a. F. die hochinteressante Beobachtung von Dr. Grundmann in Meerane: „Ruptura uteri traumatica im 7. Monat der Schwangerschaft. Austritt des Kindes in die Bauchhöhle. Peritonitis. Künstliche Erweiterung der Cervix. Stückweise Entfernung der verjauchten Frucht und Placenta durch die Rissöffnung. Heilung. Tod 8 Monate später an Ileus“. Am 26. November wurde Dr. G. zu einer Bäckersfrau gerufen wegen heftiger Unterleibsschmerzen; 3 normale Geburten und 2 Frühgeburten im 7. Monate. Letzte Regel Ende April 1890. In der jetzigen 5. Schwangerschaft stets etwas Leibschmerzen. Am 18. November, 8 Tage, ehe Dr. G. geholt wurde, war die Frau in eine circa $1\frac{1}{4}$ tiefe Fussgrube, vor dem Backofen befindlich, zwar auf das Gesäss gefallen. Darauf stärkere und anhaltendere Schmerzen, aber Patientin aufgeblieben. Auch die Kindsbewegungen hielten noch bis 26. November an, wo sie mit einem Male besonders stark wurden und dann plötzlich aufhörten, sodass die Frau selbst annahm, die Frucht sei nun abgestorben. Da zugleich lebhaftere Schmerzen und zum ersten Male Blutabgang, wurde Dr. G. geholt und fand den Leib der Schwangerschaftsdauer entsprechend vergrössert, aber die Grenze des Uterus nicht höher als etwa 4 Querfinger oberhalb des Nabels. Links vom Nabel deutlich kleine Kindestheile fühlbar und zwar auffallend deutlich, wie dicht unter den Bauchdecken. Fötale Herztöne waren nicht zu hören, Portis ziemlich hoch, normal gestellt, der etwas geöffnete Muttermund entleerte dunkles Blut. Kindestheile von der Scheide aus nicht zu fühlen, aber beide Parametrien von teigiger Consistenz und schmerzhaft. Kein Fieber, Schmerzen liessen etwas nach bei Bettruhe und Opium. Nach 13 Tagen leichtes Fieber, keine Wehen, aber Schmerzen. Etwas Meteorismus, so dass die Frucht von aussen nicht mehr getastet werden konnte. In das Cavum Douglasii ragt jetzt eine zapfenförmige, derbe Geschwulst herab. Uebelriechender Ausfluss. Auf Drängen der Patientin wurde nach Hinzuziehung eines zweiten Arztes ein

Versuch gemacht, die Geburt der sicher abgestorbenen Frucht in Gang zu bringen. 2 Tage nach einander ein starkes Bongie ohne Schwierigkeiten eingeführt, aber keine Wehen, nur der stinkende Ausfluss und Meteorismus nahmen zu. + 39,5 ^{0} C. Beginnende Peritonitis, also alle Versuche zunächst aufgegeben, Leib fassförmig, anhaltendes Erbrechen und Aufstossen, starke Diarrhoen, fadenförmiger Puls (150) und starker jauchiger Ausfluss. In diesem Zustande, wobei kaum etwas Wein und Eispillen vertragen wurden, lag die Frau 2 Tage, bis dann wider Erwarten das Erbrechen nachliess und die Erscheinungen der Peritonitis allmählich zurückgingen. Der sehr starke Ausfluss verpestete das ganze Haus. Die Frau erholte sich allmählich, und nach 3 Wochen war der Meteorismus so weit geschwunden, dass der Uterus wieder abzutasten war. Derselbe war nun bedeutend kleiner, reichte etwa bis Nabelhöhe, lag aber nicht in der Mitte, sondern vorwiegend in der linken Bauchseite. Die Frucht war sehr leicht von aussen durchzufühlen, und es machte den Eindruck, als ob dieselbe nur von einer ganz dünnen Hülle umgeben sei oder gar frei unter den Bauchdecken liege. Auf Druck knirschten die macerirten Kopfknochen an einander. Muttermund wenig oder gar nicht weiter als früher. Mit dem Ausfluss gingen zunächst die kleinen Knochen der Hand und der Füsse fort, die von den Angehörigen gesammelt wurden. Auch ein kleines Stück Placenta ging ab. Dr. G. schritt darum auf Saenger's Rath circa 7 Wochen nach den ersten Symptomen daran, die Frucht vollends zu entfernen. Laminaria-Erweiterung der Cervix: der Finger tastete dann unmittelbar über der Cervix an der linken hinteren Wand des Corpus uteri eine rundliche Oeffnung, an welcher vorbei man bis zum Fundus des noch stark vergrösserten, doch engen und leeren Corpus uteri gelangte. Diese Oeffnung führte durch einen kurzen Gang nach links und hinten in eine weite Höhle, worin die macerirte Frucht gelegen war. Sub narcosi der Gang stumpf etwas erweitert, dann gelang es mit Polypenzange, die einzelnen Knochen herauszuziehen, wobei von den Bauchdecken her die Spitze der Zange controlirt werden konnte. Zugleich wurden zahlreiche matsche, verjauchte Gewebs- und Placentarfetzen mit herausgefördert. Ziemliche Schwierigkeiten machte die Zertrümmerung und Extraction des Schädels. Unter der Operation wurde der Gang allmählich so weit, dass mit 2 Fingern eingegangen werden und die versteckt liegenden Knochen der unteren Extremitäten, die oberhalb des Uterus nach rechts hin lagen, enfernt werden konnten. Die etwa $^3/_4$ Stunden dauernde Operation nebst angeschlossener Ausspülung der Höhle musste wegen eines ziemlich starken Collapses jäh abgebrochen werden. Nachdem die Frau sich etwas erholt, entleerte sie ziemlich viel blutigen Urin. Die Höhle wurde täglich mit Kreolinlösung ausgespült, wobei ein ziemlich starkes, gläsernes Uterusspülrohr bequem eingeführt und durch die Bauchdecke durchgeführt werden konnte. Nach jeder Ausspülung musste die Frau Urin lassen, der immer noch blutig gefärbt war und nach Kreolin roch. Jedoch schon nach einigen Tagen wurde der Urin wieder hell und das Brennen beim Wasserlassen verschwand. (Wohl Blasenverletzung durch einen scharfkantigen Schädelknochen gewesen.) Ein grösseres Stück Placenta stellte sich nicht ein: sie ist offenbar zerfallen und in Fetzen ausgestossen worden. Von jetzt ab erholte sich die Frau sichtlich. Der stinkende Ausfluss sowie das Fieber verschwanden. Nach 14 Tagen war der Muttermund und der Gang nach der ziemlich verkleinerten Höhle kaum noch zu passiren. Nach weiteren 2 Wochen war an seiner Stelle nur noch eine strangförmige Masse zu fühlen. Die Frau befand sich 8 Monate lang durchaus wohl. Dann bekam sie im Anschluss an ein „Tanzvergnügen" Ileus, an welchem sie rasch zu Grunde ging. Herr Dr. G. machte die Autopsie, welche ergab, dass der Darmverschluss durch Torsion und Abknickung einer Dünndarmschlinge im Bereich der Verwachsungen mit dem

Uterus zu Stande gekommen war, und sandte mir das Präparat. Einfacher, normal gebildeter Uterus. Etwa in der Mitte des Corpus, an dessen hinterer Wand ein wenig links von der Mittellinie fand sich ein 3—4 mm weiter, 3 cm langer Canal, welcher in die Bauchhöhle bezw. in ein Gewirr von narbigen Strängen ausmündete, wodurch Uterus und Adnexa mit Dünndarmschlingen innig zusammengewachsen waren. Innerhalb des Canals lag noch eine Rippe und ein Lendenwirbel der Frucht. Sonst wurden keinerlei Reste von Eiteilen gefunden. Die rechte Tube war in eine schmächtige Hydrosalpinx umgewandelt, das Ostium abd. der linken Tube war offen. Ovarien normal. Unter keinen Umständen kann es sich somit um eine Tubo-Abdominal- oder um eine Tubo-Utero-Abdominal-schwangerschaft gehandelt haben, sondern nur um Ruptura uteri in der Schwangerschaft mit den hier geschilderten Folgen. Trotzdem angegeben wurde, dass die Frau einen schweren Fall auf das Gesäss gethan habe, ist die Aetiologie des Risses damit nicht voll aufgeklärt. Das Fehlen von äusserer Blutung eine volle Woche lang nach dem Trauma ist sehr auffallend, ebenso der Fortbestand der Kindesbewegungen, die nur mässigen Schmerzen, das Ausbleiben eines Collapses. Dennoch ist es möglich, dass unmittelbar im Anschluss an das Trauma die Frucht allein theilweise oder ganz in die Bauchhöhle ausschlüpfte, während die Placenta zunächst noch in utero sitzen und der Nabelschnurkreislauf erhalten blieb. Jedenfalls hat dies viel mehr für sich, als die Annahme, dass der Riss anfangs nur ein partieller gewesen und die Frucht noch im Uterus geblieben sei; denn gerade da hätte der an fester Contraction gehinderte Uterus nach innen und nach aussen bluten müssen. Aeussere Blutung und Fruchttod traten daher wohl erst auf, als sich, eine Woche nach dem Trauma, auch noch die Placenta löste und in die Bauchhöhle ausgestossen wurde. Dass gar keine Zeichen innerer Blutung in Erscheinung traten, wird durch Annahme fester Contraction des Uterus nicht genügend erklärt. Daher gewinnt es an Bedeutung, dass die Frau bereits vor dem Trauma an anhaltenden Leibschmerzen litt. Da offenbar eine ältere Pelviperitonitis und Peri-Salpingo-Oophoritis dextra vorausgegangen war, so liegt es nahe, dass deren Residuen (oder vielleicht auch eine Narbe, ein Defect von einer der früheren Geburten her) zum mindesten mitgewirkt haben an der Entstehung des Risses. Dank den älteren Verwachsungen, mehr noch weil anfangs Alles aseptisch blieb, fehlten ebenso wie in dem Falle von Reusing schwere Erscheinungen, welche erst mit Eintritt einer äusseren Infection auftreten. Würden in diesem Stadium innere Untersuchungen und Eingriffe unterlassen, so würden Frucht und Secundinae auf unbestimmte Zeit aseptisch bleiben und durch einfache plastische Peritonitis abgekapselt werden mit Bildung eines Litho-(Kelypho-)pädion. So handelte es sich auch bei dem berühmten Steinkind von Leinzell, dessen Trägerin noch später zweimal gebar, nach Bandl und Küchenmeister gleichfalls um vorausgegangene Uterusruptur. Der Grundmann'sche Fall ist nun der einzig bekannte, wo die in die Bauchhöhle ausgetretene verjauchte Frucht durch planvolle Kunsthilfe schliesslich allein per vias naturales entfernt wurde. In dem von St. Braun mitgetheilten Fall von spontaner Ruptur des Uterus in der Schwangerschaft wurde die verjauchte Frucht 6 Wochen später durch Bauchschnitt weggenommen. In dem Falle von Kotschotkoff (Referat in den Nouv. Arch. d. Obst. etc. 1894, Heft 9) gingen Foetusknochen durch die Scheide ab, während sich die Hauptmasse der verjauchten Frucht durch einen die vordere Bauchwand durchbohrenden Abscess abstiess. Auch hier fehlten schwere Erscheinungen unmittelbar nach dem Riss, da sich der Uterus gleich nach der Ausstossung der Frucht und der offenbar nicht an der Rissstelle angehefteten Placenta fest zusammenzog. Frühere Verletzung des Uterus wird als Prädisposition angenommen.

217. **Halley**: 4jährige Retention eines Foetus in utero. (The Lancet Vol. II, p. 72, July 1867 — cit. nach Küchenmeister, l. c. p. 216): 35jähr. Frau: 1862 dritte Schwangerschaft. Im August gehen Blut- und Fleischmassen ab, dann 2 Monate lang übelriechender Ausfluss, der zeitweilig blutig ist und Knochen enthält. Nach einiger Zeit sistirte der Ausfluss für einige Monate. Im Februar 1866 geht eine Rippe und Jauche ab. 10. Mai 1866 Pressschwamm-dilatation, Halley extrahirte 59 Knochen ex utero, am nächsten Morgen noch mehrere, zugleich Jauche, zusammen 87 Knochen, jede einzelne Operationssitzung dauerte 2 – 3 Stunden. Die Frau genas, der Ausfluss hörte auf, Menses kehrten wieder. Vielleicht Retention in einem Nebenhorn (warum nicht im normalen Uterus? N.).

218. **Hennig** („Ueber Lithopaedia uterina." Arch. f. Gyn., Bd. XIII, 1878, S. 292) hielt einen sehr interessanten Vortrag über die bei Kälbern häufige intrauterine Mumification der Frucht; Verfettung (Adipocire, mit Farbstoff-einlagerung), Cirrhonosis, Verkalkung, Vereiterung, Verjauchung oder einfache Entwässerung, Vertrocknung, und erörtert im Anschluss die menschlichen intrauterinen Lithopaedien, deren er nur 5 anerkennt, und zwar die Fälle, beschrieben von:

Albosius (Observ. lithopaedii Senonensis): er fand die 28 Jahre im Uterus verkalkte Frucht verhärtet, fast versteinert.

Camerarius (Diss. de foetu XLVI annorum. Tubingae 1720): er fand im Uterus einer 94 Jährigen eine fleischig an seiner linken Seite haftende Kugel von der Grösse der grössten Kegelkugel, 8 Pfund schwer, äusserlich ganz knöchern, rauh und mit kleinen Hervorragungen besetzt; in dieser 8 mm dicken Schale ein trockenes, reifes Kind.

Mühlbeck (Abhandl. der Josephin. med. chir. Akademie, Wien 1787, Bd. I): er fand 14 Jahre nach Aufhören der Fruchtbewegungen, dass die harten, 4''' dicken Uteruswände mit den Eihäuten verwachsen und an der „verknöcherten" Frucht nur der Magen kenntlich war.

Coldwell fand den verknöcherten Foetus mit den verknöcherten Uteruswänden innig verwachsen.

Turner (Edinb. med. Journ., Mag. 1666, p. 975) erzählt, dass Scott ein halbes Jahr nach dem Tode der Frucht die Wand des Uterushornes, worin die reife Mumie sass, theilweise verkalkt antraf.

Auf S. 297 beschreibt Hennig einen von ihm vollzogenen Gebärmutterschnitt von der Scheide her: 29jährige Frau, seit 7 Jahren verheirathet, hat vor 6 Jahren ein Kind geboren. Ende August 1876 letzte Regel, die Frau glaubte sich schwanger. Am 13. October nach Heben eines schweren Korbes Schmerzen und Blutung. 14 Tage zu Bett, Verstopfung, Meteorismus, Vorfall des Uterus — dann bis gegen Weihnachten Besserung, Coitus zugelassen, Anfang 1877 Fruchtbewegungen. Am 27. April geht viel Wasser ab, Leib gleicht einer 9 Monate Schwangeren. 13. Mai heftige Wehen, Blut- und Wasserabgang. I. Schädellage, Muttermund eng, Wehen lassen nach, nach 2 Tagen aufgestanden. Fruchtbewegungen hörten auf. Anfang August Katamenien. Am 13. August fand Herr Becker-Laurich den Uterus wie im 8. Monate, Steiss oben, Bauchdecken sehr dünn, der untere Uterusschnitt fellartig über den Kopf gespannt, Muttermund rechts oben vorn halbmondförmig, schwer zugänglich In Knieellenbogenlage lässt sich ein elastischer Katheter bis zum Knopf einschieben, bleibt 2 Tage in utero liegen, dann Pressschwamm, endlich Scheidentampon. Nach 2 Tagen Muttermund zugänglicher, Wehen fehlen trotz Douchen. Mitte September reicht der Muttermund in die Führungslinie, leichte Wehen. — Anfang November hörten die Wehen ganz auf. Abnahme des Bauches.

„Am 18. November“, sagt Hennig, finde ich einen Kürass im Uterus, elastische Sonde etwas weniger verschiebbar. Vom Mastdarm aus lässt sich ein scharfrandiger, umfanglicher, knarrender Fruchttheil mit im ersten schrägen Durchmesser verlaufender Naht, nicht sehr resistent, fest und hochstehend fühlen, unter dem rechten Rippenrande der Schwangeren ein ebenfalls umfangreicher, knarrender, härterer und scharfkantiger Fruchttheil, eine scharfe Firste nach oben kehrend, unbeweglich fühlen; rechts am Bauche Uteringeräusch, am Nabel Muskelzuckungen, etwa 130 in der Minute hörbar. Patientin wünscht von ihrer Bürde befreit zu sein. Am 17. December schnitt Becker, da die Frau Schüttelfröste bekam, sub narcosi den Muttermund kreuzweis auf und legte dann, da Zange und Kephalotryptor am vorliegenden Steiss abglitten, den stumpfen Haken an. Kind entfernt, Placenta theilweise, ein zurückgebliebenes Stück ging erst am 13. Tage spontan ab. Am 17. Tage stiess sich der letzte Theil der Placenta mit enormem Foetor ab. Genesung.

219. **A Herrgott** („Un cas de rétention foetale“, Extrait de la Revue Médicale de l'Est. Nancy 1890) beschrieb folgenden hochinteressanten Fall von Retention einer abgestorbenen Frucht in utero: Eine 34jährige Zweitgeschwängerte trat am 26. März 1889 in die Maternité in Nancy ein. 1874 hatte sie spontan glücklich und leicht das erste Kind geboren. 14. Juli 1888 letzte Regel: nun Schwangerschaft, alles ging gut, aber am 20. August einige Tage nach einem heftigen Schrecken Blasenkrämpfe mit völliger Harnverhaltung. Katheter nöthig, die Schwangere lag 2 Monate zu Bett, zweimal täglich katheterisirt, aber Harn stets klar. 2—3 mal täglich heftige Unterleibskrämpfe bei völliger Unempfindlichkeit gegen Druck. Stuhl sehr erschwert, oft Erbrechen. Im September Uterus retrovertirt gefunden. Von Mitte October an schwanden die Harnbeschwerden, aber der Leib nahm eher zu und zwar unregelmässig, ein Tumor entstand, der rasch den Nabel erreichte, und ein zweiter, der das rechte Hypogastrium einnahm. 6 Monate nach der letzten Regel schwache Kindsbewegungen im rechten Hypogastrium bemerkt, aber Dr. Rémy konnte letztere nicht objectiv constatiren. Mitte Februar Leib schmerzhaft geworden, Verstopfung, grünliches Erbrechen. Vom 10. März an spürte die Frau keine Bewegungen mehr. Der Leib fing an kleiner zu werden, aber der Allgemeinzustand wurde immer schlechter, also in das Spital. Fieber, Schwäche Medianer harter Tumor reicht bis zum Nabel, doppelt-gänseeigrosse harte bewegliche Tumoren sitzen dem ersteren auf. Im rechten Hypogastrium ein bis an die letzten Rippen reichender Tumor, weniger hart, in ihm ballotirt ein rundlicher Kindestheil, Kopf? Hier will auch die Frau früher die Bewegungen gefühlt haben. Hinteres Scheidengewölbe gespannt durch eine harte Masse, die die Hälfte der Beckenhöhle ausfüllt. Rechts oben hinter der Symphyse muss das collum uteri liegen, aber mit dem Finger nicht erreichbar. Herrgott nahm an, die Frau sei im Beginn des 9. Schwangerschaftsmonates, dass das Kind seit einigen Tagen abgestorben sei und dass ein Fibroma uteri links unten vorliege. Dieses Fibroid soll in der Schwangerschaft rapid gewachsen sein, hatte anfangs die Vesical- und Rectalcompression hervorgerufen und war nach Maassgabe des Wachsthums des Uterus in das grosse Becken gehoben worden und reichte schliesslich bis zum Nabel, der Foetus aber soll sich im rechten Uterushorn entwickelt haben. Im Hospital besserte sich zunächst der Allgemeinzustand etwas. Am 6. April scheint etwas Fruchtwasser abzugehen. Der Umfang des Leibes nimmt ab und der grosse Tumor senkt sich etwas. 9. April röthlicher Ausfluss mit Gewebsfetzen fraglichen Ursprunges, dieser Ausfluss dauert bis zum 24. April, die Brüste schwellen ab, aber Colostrum bleibt vorhanden. Der Leib nimmt ständig ab und misst am normalem Schwangerschaftsende nur noch 98 cm Umfang. Kind seit 6 Wochen todt, keine Wehen?

Am Ende gar Extrauterinschwangerschaft infolge des Fibroids? Also erst recht zuwarten, solange der Allgemeinzustand es gestattet. Aber nach wenigen Tagen wieder Fieber, Erbrechen, Meteorismus, Dysurie, Schweisse, übelriechender Athem, Durchfälle, am 22. Mai Crepitation von Gasen, palpirt in der rechten Seite. Also Operation wegen Indicatio vitalis. Es wird sich ja zeigen, ob die Frucht extra- oder intrauterin ist. Schräger Bauchdeckenschnitt über der Convexität des Tumors, in dem man das Ballotement getastet hatte. Rother dünnwandiger der stark ausgedehnten Harnblase ähnlicher Tumor erscheint, wahrscheinlich der Uterus. Zunächst Tumor durch eine Silberdrahtnaht an die Bauchdecken fixirt, aber der Draht schnitt durch, und eine schwarze Flüssigkeit sickert aus der Stichöffnung. Troicart, Potain's Saugflasche, aber Ausfluss schwer, Es fliesst Fruchtwasser mit Meconium aus, dann graue Jauche und Eiter: 3—4 Liter! Servietten um den Tumor, 6 cm langer Einschnitt, wobei abermals $^1/_2$ Liter Eiter abfliesst. Extraction einer macerirten Frucht an den Füssen nach Vergrösserung des Schnittes. 43 cm lange Frucht von 2400 gr. Ihr Bauch aufgetrieben, Haut schürft sich ab. Nabelschnur abgebunden, abgeschnitten, Naphtholwaschung des Fruchthalters, der sich als die Gebärmutterhöhle erwies, deren Wandungen nicht mehr als 2—3 mm Dicke aufwiesen. Placenta sass fest auf der linken Uterinwand. Placenta entfernen? Blutungsgefahr! Den ganzen Uterus mit Tumor entfernen? Ein zu riskanter Eingriff angesichts des elenden Allgemeinbefindens. Also Uteruswundränder ringsum vernäht mit den Bauchwundrändern und die Uterinhöhle wie eine Abscesshöhle behandelt mit Tamponade, Waschungen etc. Fieber, endlich am 3. Juni ein Theil der Placenta mit Chorion herausgezogen aus der Uterusbauchwandfistel. Das allmähliche Herausholen der Placentarreste „pêche placentaire" dauerte 11 Tage. Genesung, und am 18. Juli völlige Vernarbung des Einschnittes. — Bedeutende puerperale Involution-Verringerung des Fibroms.

Herrgott („Un cas de rétention foetale." Havre 1890).

220. **Egidius Hertogius** (Hertzog). 13(?)jährige Retention einer mehr oder weniger skelettirten Frucht in utero [Rossett l. c. p. 240, histor. III., Frankfurt 1601; Lempéreur Thèse de Paris 1867, p. 130 — citirt nach Küchenmeister l. c. p. 193]: Eine II-para im März 1549 wieder schwanger, nach vier Monaten Kindsbewegungen fühlend; Uterus stark nach vorn gebeugt, Brüste anschwellend, endlich 4tägige Wehen, ohne Vorbereitung zur Geburt. Nie ein Ausfluss aus dem Uterus. Dann 44tägige Wehen mit sichtbaren Kindsbewegungen. Nach einer der Frau fühlbaren Streckung des Foetus Abnahme und Schwinden der Wehen. 4—6 Tage nachher Abgang blutiger, schwarzer, meconiumähnlicher Massen durch den Stuhl, täglich circa 6 Pfund (?). Die Frau bestimmte selbst mit ihrem Finger die Lage der Foetustheile. Das Foetalskelett lag quer im Uterus, Kopf und Glieder nach innen, Rücken nach aussen. Regeln nach vier Jahren wiederkehrend; seit 5 Jahren Knochen durch das offene Os uteri abgehen wollend, die die Frau selbst zurückschob, weil die Hebamme sagte, sie könne nicht helfen. Seitdem gesund.

221. **David Johnson** („Transact. obst. of London, p. 53, 1870 — siehe Schmidt's Jahrb. 154. Bd., p. 245, 1872 — siehe Thoman, l. c. p. 21): Frau B., in der letzten Zeit der Schwangerschaft befindlich, erlitt einen Sturz auf der Treppe. Seither anhaltender Fruchtwasserabgang, aber erst 14 Tage später Wehen. J. konnte keinen vorliegenden Kindestheil finden, während einer kräftigen Wehe fühlte er einen Strang gegen seinen Finger vordringen, den er für die Nabelschnur hielt. Bei weiterem Vorrücken des Kindes entdeckte er den Bauch des Kindes mit freiliegenden Gedärmen. Nach Wendung und Extraction

fand J. die Därme vollständig blossgelegt Foetus und Placenta, ohne irgend eine Spur von Nabelschnur, ganz mit einander verschmolzen. Das Kind war allem Anscheine nach nach dem Sturze der Mutter abgestorben.

222. **Koch** (Würtemberg. Corresp.-Bl. 17, 1858 — in Schmidt's Jahrb. Bd. XCIX, p. 194 — cit. nach Liebmann, l. c. p. 62): Bei einer 42 jährigen, zum sechsten Male schwangeren Frau (während der früheren Schwangerschaften waren zweimal die Früchte abgestorben) hörten in der 24. Woche die Kindesbewegungen auf. Die Schwangerschaft hatte im Januar begonnen, am 2. December (im 11. Monat nach der Conception) erfolgte die Ausstossung einer mumificirten Frucht. Im Nabelstrange fand sich eine fester zusammengedrehte Stelle, an welcher die Gefässe vollständig impermeabel waren. Von der Placenta wird nur gesagt, dass sie 2 Tage später entfernt wurde. Ob Blutungen während der Geburt stattfanden, wird nicht erwähnt.

223. **Koczotkow** (Eschenjedjelnik 1894, 12 — siehe Rep. Univ. d'Obst. et de Gyn. 1894, p. 418): 19 jährige Mehrgebärende, Wasserabgang, Wehenstillstand, 2 Tage später Peritonitis. Nach einigen Tagen spontaner Abgang der Placenta und vereiterten Nabelschnur. Allmählich begannen Knochen per vaginam abzugehen. Nach 2 Wochen Platzen eines Bauchwandabscesses mit Entleerung der Reste des Foetus. Ruptur der vorderen Uterinwand mit energischer Contraction um den theilweise in die Bauchhöhle ausgetretenen Foetus. Ruptur ohne äussere Blutung und Collaps. (Beobachtung aus Phaenomenoff's Klinik.)

224. **Küchenmeister** (l. c. p. 183) citirt nach Müller einen Fall von 52 jähriger Retention des Foetus in utero von Lawrence: Uterus und Foetus versteinert.

Lawrence: Med. chir. Transact. V, 1814 — siehe auch Stoltz: Nouv. dict. de méd. et chir. prat. article Grossesse XVII, p. 129, 1873 — siehe auch: Cheston, der folgenden zuerst von Lawrence beschriebenen Fall beobachtete (Med. chir. Transact. published by the med. and chir. Society of London 1814, Vol. V, p. 604 — siehe Kulenkampff, l. c. p. 7): Mrs. Cowles hatte drei Jahre nach ihrer letzten Entbindung das Ende ihrer vierten Schwangerschaft erreicht ohne irgend besondere Zufälle während der Zeit derselben. Es traten Wehen ein, die aber gleich schwach waren und die Geburt nicht förderten. Der Arzt erklärte die Wehen für zu schwach und wollte instrumentell eingreifen, was jedoch die Frau nicht erlaubte. Nach 3 Tagen hörten die Wehen ganz auf. Die Frau kränkelte 3 Monate, erholte sich aber dann ganz und hatte niemals irgend welche Beschwerden. Im 80. Lebensjahre bekam sie einen Schlaganfall und starb bald darauf an einer von einem Fussgeschwür ausgehenden Gangraen. — Bei der Section fand sich eine mit den sie bedeckenden dünnen Gedärmen und dem grossen Netz fest verwachsene Geschwulst, welche, von den Adhärenzen befreit, eine vollständig knöcherne Oberfläche zeigte und mit dem Uterus zu einer Masse verschmolzen war. Die verdünnten Wandungen des über 2 Zoll langen Gebärmutterhalses liessen an der Innenfläche deutlich die in ihnen in der Norm zukommende Faltung erkennen. Der Hals des Uterus endete mit einer Oeffnung, eben weit genug, um einer dünnen Sonde den Durchgang zu gestatten, welche von hier aus in gerader Richtung nach einwärts drang. Als man den Gebärmutterhals spaltete, kam eine scharf gezeichnete, etwa 2 Zoll lange Furche zum Vorschein, welche in eine blind endende Höhlung von dem Umfange einer Erbse auslief. Die Vasa spermatica waren auf der rechten Seite an den oberen Theil des in die Länge gezogenen Uterus angeheftet, deutlich zu erkennen, von dem Eierstock war jedoch nichts zu sehen. Der rechte Eileiter zeigte das Ansehen eines derben Stranges von der Dicke eines Federkieles, am linken war

nichts Besonderes zu bemerken, wogegen die Anwesenheit des linken Eierstockes nicht mit Sicherheit ermittelt werden konnte. Die Geschwulst hatte eine rundliche Gestalt und war mit Ausnahme der Stelle, wo die im Gebärmutterhalse befindliche Furche endete, ganz verknöchert. Hier fand sich eine „mit steomatoser oder talgartiger Materie“ erfüllte Oeffnung; eine in sie eingeführte Sonde drang einen halben Zoll weit vor und stiess sodann auf einen festen Körper. Die Geschwult enthielt einen wohlerhaltenen Foetus, der überall fest mit der Innenwand der verknöcherten Cyste verwachsen war. Der Foetaltheil des Nabelstranges sass an dem Körper des Kindes fest, sein Placentartheil war nirgends zu entdecken.

Nach Küchenmeister (Arch. f. Gyn. 1881, Bd. XVII, p. 159) handelte es sich um Schwangerschaft in einem Nebenhorne des Uterus und Verwachsung der Frucht mit demselben und den Eihäuten; der Foetus war verkalkt, Cheston dagegen glaubte, die 4 Wehen hätten die Uterusmuskulatur gesprengt und den unzerrissenen Peritonealüberzug vor sich her drängend wie einen Bruch sack sei die Frucht in die Bauchhöhle getreten.

225. **Leopold** („Peritonitis in der Schwangerschaft und am rechten Ende derselben unterbliebene Geburt mit tödtlichem Ausgange.“ Arch. f. Gyn., XI. Bd., 1877, S. 391): 36 jährige Frau, nach Geburt des 4. Kindes syphilitisch inficirt, schwanger, erwartete die Entbindung Mitte Mai 1876. Ende Februar 1876 eine dreiwöchentliche Peritonitis und Metritis. Am 14. Mai plötzliches Aufhören der Kindsbewegungen, nachdem 2 Tage vorher Zeichen des Geburtseintrittes dagewesen waren. Keine Herztöne, keine Kindsbewegungen. 4 Wochen unverändertes Befinden. 13. Juni Blutabgang, Leibschmerzen, Fieber, Kindstheile von aussen nicht mehr fühlbar. 30. Juni geht übelrichendes Fruchtwasser ab. 21. Juli vergeblich Kolpeurynther und warme Douchen. 24. Juli angesichts der schlechten Prognose, künstliche Entbindung beschlossen: Trotz Bougie und aller denkbaren Mittel besteht Strictur des inneren Muttermundes fort; 25. Juli sub narcosi Muttermundseinschnitte, aber starke Blutung, also Scheidentamponade. Die Frau starb unter Collaps am selben Tage Abends. Bei der Section fand man Dick- und Dünndarm am Uterus verwachsen, Bauchhöhle ohne Exsudat, Uterus wenig bluthaltend, lufterfüllt; grosses, ausgetragenes Mädchen, vollständig macerirt, Kopf mit Luft erfüllt, in I. Schädellage. Innerer Muttermund stark eingerissen, Scheidenansatz abgerissen, Nabelstrang in der Mitte durchfault. Die ganze Innenfläche des Uterus eine schwarzbraune Masse. Placenta von übelrichenden Thromben durchsetzt.

F. L. Meissner (Die Frauenzimmerkrankheiten. Leipzig 1845, II. Bd., S. 110—122) widmet den fremden Körpern in der Gebärmutter einen besonderen Abschnitt:

226. **Nigrosoli** (De romana muliere per biennium utero gerente. Guastall 1665) sah einen Foetus 2 Jahre retinirt.

227. **Matth Connax** (Historia quinquennis fere gestationis in utero. Venet 1550. — Halleri Bibl. med. T. II, p. 95) einen anderen 5 Jahre retinirt.

228. **Cappeler** (Buchneri Miscellanea 1728, p. 822) 6 Jahre. de Hertoghe (De gestatione foetus mortui per XIII annos. — Halleri Bibl. med., l. c. p. 85) 13 Jahre.

229. **Housset** (Mémoires physiologiques. Paris 1787, T. II, p. 9) 31 Jahre lang in utero zurückgehalten.

230. Ja es ist sogar ein Beispiel von 41 jähriger Retention in utero beschrieben (Ephemer. Natur. Curios. Cent. X, obs. 48).

Voigtel (Handb. d. path. Anatomie. Leipzig 1805, III. Bd., S. 508 ff.) erwähnt Retention einer abgestorbenen Frucht durch 6 Monate (Ephem. Natur. Curios. Cent. V, obs. 11), durch mehrere Jahre (Korstii, Opp. T. II, p. 521), durch $2\frac{1}{3}$ Jahre (Hist. de l'Acad. d. sc. Paris 1756) durch 29 Monate (Journal de méd. 1761, T. XIV, p. 440). Neue Sammlung auserlesener Wahrnehmungen, Bd. II, p. 241, durch 9 Jahre (Philosoph. Transaet, Vol. II, p. 181.)

231. **Schulz** in den Abhandlungen der Schwedischen Academie, Bd. XXIX, durch 12 Jahre (Camerarii, Memorab. Cent. XX, No. 55).

232. Durch 14 Jahre (Abhandl. d. k. k. Josephin. med. chir. Academie zu Wien, Bd. I, No. 1).

233. Durch 16 Jahre (Philosoph. Transact., Vol. III, p. 101).

234. Durch 25 Jahre (Blegny: Zodiac. Med. Gall. An. I, Febr. obs. 8).

235. Durch 26 Jahre (Philosoph. Transact., No. 139, p. 979); durch 28 Jahre (Bartholini, Histor. anat. rar. Cent. II, hist. C. T. II, p. 353); durch 46 Jahre (Ephem. Natur. Cur. Cent. X, obs. 48).

Bartholinus (Histor. anat. rar. Cent. IV, hist. XIV, T. II, p. 238) gedenkt einer Frau, die einen abgestorbenen Foetus 6 Jahre lang in utero trug, dabei wieder schwanger ward und nach der Geburt dieses Kindes die Knochen des ersten nach und nach durch die Scheide entleerte. Bei einer anderen Frau fand man ebenfalls bei einer neuen Schwangerschaft die Knochen einer älteren Frucht (Miscell. Natur. Cur. Dec. III, An. IV, obs. 87). (Es dürfte sich wohl in beiden Fällen um Zwillingsschwangerschaft mit einem abgestorbenen Zwilling gehandelt haben.)

236. **Schulz** (Kongl. Vetenschap. Acad. Handl. 1767, Vol. XXVIII, p. 257) sah nach einer 9 jährigen Schwangerschaft 128 Knochenstücke zu verschiedenen Malen aus dem vorher verschlossen gefundenen Muttermunde, der durch lange fortgesetzte erweichende Einspritzungen sich eröffnet hatte, hervorkommen.

237. In der Abhandl. d. k. k. Josephin. med. chir. Acad. zu Wien 1787, Bd. I, ist noch folgender Fall beschrieben: Eine Frau fühlte in der Mitte der Schwangerschaft Kindsbewegungen, dann hörten sie auf. Im 11. Monate Wehen, aber es ging nur Wasser ab. Nach 14 Jahren starb sie. Der Uterus war mit einem weissen, zellenartigen Wesen ganz bedeckt, seine Wände 4 Linien dick, ganz verhärtet; die Mutterbänder waren verhärtet und vertrocknet, die Eierstöcke und Muttertrompeten eingeschrumpft; der Muttermund stellte einen langen hornartigen Kegel vor und war ganz knöchern; der Uterus war fest mit den Kindshäuten verwachsen, der Körper der Frucht knöchern, keine Spur von Mund, Nase, Ohren, unter den Eingeweiden des Unterleibs bloss der Magen kenntlich (?).

238. **Menzies** (The Glasgow. Med. Journ., No. 2 — Archiv. général. de Méd. 1853, Vol. II, Série V, Tome 2, p. 577 — siehe Kulenkampff, l. c. p. 13) wurde Ende Februar 1852 zu einer 28 jährigen, 5 Jahre verheiratheten Frau gerufen, die nur einmal geboren hatte. Abermals schwanger über das normale Schwangerschaftsende hinaus, war sie darüber beunruhigt, dass die Geburt noch nicht erfolgt sei. Seit 3 Tagen heftige Schmerzen in der linken Inguinalgegend, die sich bei jeder Bewegung verschlimmerten und sie ans Bett fesselten. Die betreffende Stelle war sehr empfindlich gegen Druck; bei der Adspection des Unterleibes wurde nichts Besonderes wahrgenommen. Da auch Verstopfung bestand, wurde Calomel und Ricinus verordnet, es wurden Blutegel auf die schmerzhafte Stelle applicirt, worauf bald Besserung eintrat. Ende März wurde Verfasser wieder gerufen, da die Geburt bereits begonnen habe. Die

Kranke klagte über Schmerzen, die von der Mitte des Leibes in das Hypogastrium ausstrahlten und seit 20 Stunden bestanden, aber nicht sehr häufig wiederkehrten. Der umfangreiche Uterus bildete einen Vorsprung nach vorn, so dass zu beiden Seiten eine tiefe Grube entstand: er war fest anzufühlen, wurde aber während der Schmerzen nicht resistenter; er reichte noch bis zum Epigastrium herauf, obgleich er schon seit dem ersten Besuch etwas herabgesunken war. Der Muttermund war völlig geschlossen; seine Lippen hatten ihre natürliche Resistenz. Puls frequent und schwach. Eine genauere Anamnese ergab, dass Patientin vor der Conception einige Unannehmlichkeiten hatte durchmachen müssen, dass jedoch während der Schwangerschaft nichts Aussergewöhnliches vorgekommen sei. Letzte Regel Anfang Mai. Mitte Februar hörten die bis dahin deutlich sichtbaren Kindsbewegungen, die sogar viel heftiger waren, als das erste Mal, gänzlich auf. Im Unterleibe stellte sich ein Gefühl von Schwere und Kälte ein, die Brüste wurden schlaff und klein. Eine nochmalige Untersuchung ergab, dass der Tumor sehr stark hervorragte, von ovoider Form, fest, fluktuirend und ein wenig beweglich war: er gab überall einen matten Percussionsschall; kindliche Herztöne waren nicht zu hören. Innerlich war der Kopf nicht zu fühlen, sondern nur der feste, elastische Uterus. Es bestand Stuhlverstopfung mit Schmerzen bei der Entleerung. Die Schmerzen dauerten noch 24 Stunden fort ohne Einfluss auf den Fortgang der Geburt. Einen Monat später wurden dann die Schmerzen wieder heftiger. Der Uterus stand etwas tiefer im Becken, Muttermund für einen Finger durchgängig. Man stiess eine Sonde ein behufs Fruchtwasserabfluss, es kamen aber nur einige Tropfen Blut, Pressschwamm, 5 Stunden darauf heftige Blutung, man fühlte jetzt eine knorplige, harte Masse, die für die veränderte Placenta gehalten wurde. Scheide tamponirt, kalte Einspritzungen. Wehen dauerten noch 2 Tage, ohne auf den Muttermund einzuwirken. Später zeigte sich, dass jene scheibenartige Masse nicht die Placenta, sondern die vordere Muttermundslippe gewesen war und zwar des inneren Muttermundes (?). Der Zustand blieb mehrere Monate lang derselbe, der Uterus wurde etwas kleiner und härter und zeigte weniger deutlich Fluktuation. Es traten dann Harnbeschwerden auf und im November erlag die Patientin einer subacuten Peritonitis. Bei der Section fand man eine allgemeine Peritonitis, die am fundus uteri besonders stark ausgeprägt war. Beim Anschneiden der Gebärmutterhöhle entwich eine geringe Menge sehr stinkenden Gases; in derselben lag ein zusammengedrückter Foetus. Die Placenta war viel fester und grösser als sie gewöhnlich zu sein pflegt; daneben befand sich etwas fötide Flüssigkeit. Die Muttermundslippen waren knorpelartig hart, bläulich-weiss, und erstreckte sich diese Veränderung ebenfalls auf das untere Viertel des Uteruskörpers; die Muskulatur war hier fast gänzlich verschwunden. Bei mikroskopischer Untersuchung des Gewebssaftes entdeckte man viele polygonale Zellen.

239. **Oldham** (Guy's Hospit. Rep. V, p. 105—112, 1847 — cit. nach Küchenmeister, l. c. p. 217): Retention eines Foetus in utero. (Müller nimmt eine primäre Extrauterinschwangerschaft an, Küchenmeister eine primäre interstitielle oder intramurale, ich sehe hingegen unter Bezugnahme auf Kosinski's Beobachtung nicht ein, warum es sich nicht um Retention im ursprünglich normalen Uterus gehandelt haben kann mit Druckschwund der vorderen Wand und Abkapselung des theilweise in die Bauchhöhle demgemäss eingedrungenen Foetus.)

„Die Dame hatte bis zum Juni 1845, 41 Jahre alt, etwa 20 Mal abortirt und einmal ausgetragen. Sie hielt sich noch im Juni 1845 für schwanger und verlor etwas Wasser, aber der Muttermund war geschlossen. Viertägige Wehen. Am 30. Juni sah sie O. Der Leib zeigte diffusen Schmerz und Ausdehnung wie

im 9. Monate. Uterus eine runde Geschwulst, in der man den Kindeskopf fühlte. Collum uteri verkürzt, dem Finger freien Eintritt verstattend; man fühlte den Kindeskopf direct. Brüste milchhaltig, strotzend wie am 3. Tage nach Entbindung. Foetus todt. 12 Tage nachher gerufen, fand der Arzt bräunlichen, fötiden Abgang und Gasaustritt. Durch die Bauchwand verschiedene Foetaltheile getastet. 2 Finger dringen durch den Mutterhals ein und erkannten die Knochen in beginnender Trennung. Mutterkorn, Reibungen, Galvanismus, Pressschwämme erzielten keine Wehen noch Austreibung des Foetus. Uterininjectionen, um das Gehirn in Fäulniss zu setzen. Die folgenden Tage konnte man die Placenta und den Nabelstrang, faulig, dann die Schädelknochen, einen ganzen Arm, mehrere Rippen, einen grossen Theil der Wirbelsäule, und Theile des anderen Armes herausziehen. Ende September Schmerz des Unterleibes bei Druck, schmerzhaftes Uriniren. Die Abdominalgeschwulst hatte nur die Grösse einer Orange, war hart, compact, besser umschrieben, fast unmittelbar hinter den Bauchwänden, so dass O. Zerstörung der inneren Wand durch Eiter und Austritt der Knochen ins kleine Becken annahm; er glaubte an Theilnahme der Blase an der Vereiterung wegen der Urinbeschwerden. Endlich wiederholtes Erbrechen und Tod am 28. September, d. i. 3 Monate nach Etablirung der Geburtsarbeit.

Section: Nach Oeffnung in der Linea alba unter dem Nabel kam man in eine Cyste mit vielen Knochen und dickem, bräunlichen Eiter. Die Vorderwand der Cyste war gebildet von dem unteren Theil der Bauchwände und Blase, im oberen vom Dünndarm und Epiploon mit schwachen, äusseren Adhäsionen; die hintere Wand bildete die hintere Uterinwand, die 4 Zoll lang war: das Corpus uteri war retrovertirt und in falsche Membranen eingehüllt; der kleine Finger konnte in das Os uteri und in die Innenhöhle dringen. Die ganze vordere Uteruswand fehlte, mit Ausnahme der vorderen Muttermundslippe. Die Blase war an einer Stelle bis zur drohenden Perforation verdünnt. Die rechte Tube nebst der rechten Lig. uteri latum innig und unlösbar der Cyste angelothet. In der Höhle das vollständig freie Skelett eines reifen Foetus, eine ovuläre, dichte und compacte Masse bildend."

240. **Parfenenko** („Extraction der Knochen eines Foetus durch den After der Mutter." Russ. Med. Zeit. 23, 1856) beobachtete 1jährige Retention und stückweise Ausstossung des verjauchten Foetus (cit. nach Orloff l. c. p. 233). (Leider konnte ich nicht feststellen, ob eine uterorectale oder eine vaginorectale Fistel vorlag. N.)

241. Nach **Küchenmeister** (l. c. p. 194) beschrieb Peucker (Allg. med. Annalen Sept. 1824) eine 3jährige Retention des Foetus in utero (Section fehlt).

242. **Praël** („De foetu duodetriginta annos in utero detento". Diss. Göttingen 1821 — siehe Kulenkampff l. c. p. 9): Eine 40jährige gesunde Frau war zum zweiten Male schwanger, als ihr erstes Kind im zweiten Lebensjahre starb. Sie glaubte selbst die Veranlassung zum Tode des Kindes gegeben zu haben und verfiel in tiefe Melancholie, die zwei Jahre lang anhielt. Ihre Gesundheit wurde mit vielen Mitteln einigermassen wieder hergestellt: die Schwangerschaft schritt aber nicht fort, und veränderte der Tumor im Leibe sich nicht an Grösse, und im 7. Schwangerschaftsmonate begannen die Brüste zu erschlaffen. So blieb dann der Zustand einige Jahre. Darauf traten profuse Menstruationen auf, die mit den klimaktrischen Jahren allmählich aufhörten. Der Gesundheitszustand der Frau war dann, mit Ausnahme häufiger Stuhlverstopfungen, ein erträglicher. Der Tumor neigte sich mehr und mehr nach rechts. 27 Jahre nach der verfehlten Geburt erkrankte Patientin an einem gastrisch-rheumatischen

Fieber, von dem sie genas. Bald stellten sich aber nach langem Gehen Taubheit und Schwellung des rechten Fusses ein. Im folgenden Jahre bekam Patientin ein heftiges Fieber mit Koliken und Schmerzen im Kreuz; dabei war der Leib gegen Druck sehr empfindlich. Abführmittel blieben anfangs erfolglos, bis sich plötzlich eine grosse Menge übelriechender Flüssigkeit in das Bett ergoss; aber weder die Kranke noch die Umstehenden konnten angeben, ob dieselbe per anum oder per vaginam abgegangen sei. Dies wiederholte sich dreimal, und fühlte sich Patientin dadurch sehr erleichtert. Ein dünnflüssiger, eitriger Ausfluss dauerte fort, dem kleine Knochenstückchen beigemischt waren. Das Fieber nahm dann einen hektischen Charakter an, es stellten sich Husten und Decubitus ein, und bald darauf starb die Frau am 3. Februar 1819 im 68. Jahre. Kindsbewegungen hatte die Frau nie gefühlt. Bei der Section fand man einen Tumor im Leibe, der als der Uterus erkannt wurde. Die Scheide war angefüllt mit einer stinkenden Flüssigkeit, der kleine Knochen beigemengt waren; übrigens war sie gesund. Der Muttermund war scirrhös verhärtet und für einen Federkiel eben durchgängig. Cervix kurz und hart. Vorn und links am Corpus uteri befand sich ein Steatom von Faustgrösse, ein ähnliches, etwas kleineres rechts und hinten, und ein drittes, das kleinste, hinten und unten: sie waren alle angefüllt mit Knäueln von zusammengeballten Haaren. Der Uterus hatte die Grösse des Kopfes eines dreijährigen Kindes; der Fundus war knorplig, weiss und durchscheinend, welche Veränderungen sich nach der Cervix zu allmählich verloren. Eine abnorme Communication des Uterus mit anderen Organen war nicht zu entdecken. In der Gebärmutterhöhle befand sich ziemlich viel blutig-eitrige Flüssigkeit mit Knochen aller Grössen vermischt.

243. **Reimann** („Geburt eines vollkommen zersetzten Foetus.“ Centr. für Gyn. 1881) sah stückweise Ausstossung einer verjauchten Frucht nach $2\frac{1}{2}$ jähriger Retention.

244. **Resnikow** („Vierjährige Retention in utero eines Skelettes der im 7. Monate der Schwangerschaft abgestorbenen Frucht.“ Centr. f. Gyn. 1895, N. G. S. 244—247): 35jährige Bäuerin hat ein Kind normal geboren vor neun Jahren, 3 Jahre später Zwillinge, von denen einer bald starb. Vor 4 Jahren neue Schwangerschaft: Anfang Sommer 1890. Im December eine schwere fieberhafte Krankheit, die 2 Monate dauerte. Während der ersten Tage Wehen, aber keine Geburt, ob Wasserabfluss, weiss die Frau nicht. Einige Zeit später begann eitriger Ausfluss aus der Scheide und 1 Jahr später gingen mit dem Eiter auch Knöchelchen ab, besonders häufig nach einem Bade oder Heiswasserausspritzung, und zwar dauert dieser Zustand schon 3 Jahre an. Früher gesund, jetzt Hexis, oft Fieber und Schüttelfröste. Seit diesen 4 Jahren Amenorrhoe. Kein Arzt vermochte zu helfen, da die Frau jeden operativen Eingriff verweigerte. Jetzt bittet sie selbst um Befreiung von den Resten der Frucht: erstens, weil ihr Mann drohe, sie aus dem Hause zu jagen, zweitens, weil sie des Gestankes wegen in keiner Gesellschaft geduldet werde. Elend aussehende Frau, Bauch weich, nicht aufgetrieben. Ein Tumor überragt die Symphyse 4—5 Finger breit, es ist der vergrösserte retroflectirte Uterus. Bei bimanuellem Betasten und Druck hört man ein Krachen (?) wie bei Unterhautemphysem. Parametria und Adnexa frei. Stinkender Eiter ergiesst sich ex utero. Muttermund geschlossen, kein Ectropium. Sonde constatirt Knochen in utero. 3 Tage: Hegar's Dilatatoren, Jodoformgaze, Laminaria, dann sämmtliche Knochen, die noch in utero waren, entfernt, Becken, Extremitäten, Schädelknochen etc., einige der Knochen waren in die Uteruswand eingewachsen, mussten dann abgerissen werden. R. glaubt, es wäre bei längerem Verbleib derselben in utero zur Perforation ge-

kommen. Kein einziger Knochen war völlig ganz, intact, alle Gelenke aus einander gegangen, am besten eine Tibia erhalten. Tibia 5,1 cm lang, also schliesst R., dass die Frucht im 7. Monate abgestorben ist. Die Frau verliess am 6. Tage genesen das Hospital. Die Frucht soll während eines Abdominaltyphus abgestorben sein und verblieb $4^1/_2$ Jahre in utero.

245. **Rissmann** (Spontane Geburt bei abnorm langer Schwangerschaftsdauer — [Missed labour] — Centr. f. Gyn. 1893, No. 34, S. 785): II-para, deren erste Entbindung, wie es scheint, nicht kunstgerecht operativ beendigt wurde mit Perforation, Wendung und Extraction bei nicht verstrichenem Muttermunde. 17. April 1892 letzte Regel. Am 23. Januar 1893 Schwangerschaft im letzten Monate constatirt, am 6. Februar die Frau als gebärend in das Kreisszimmer gebracht, 8. Februar hören die Kindsbewegungen auf, nachdem Meconium mit Fruchtwasser abgegangen war. Am 17. März Abnahme des Leibumfanges und der prallen Spannung, am 18. März Wehen, eine prall gefüllte Blase mit festen Verwachsungen ringsherum, die beim Ablösen stark bluten, wölbt sich aus dem Muttermunde vor, abends Blasensprung, am 19. März — 2 Monate später als normal — spontane Geburt eines reifen todten Kindes in Steisslage (4,25 kg). Placenta spontan geboren, die Eihäute blieben zurück. Wochenbett normal. Kindesleiche macerirt, nicht secirt. Analöffnung durch Maceration verbreitert, der rechte Augapfel liegt vollkommen frei, die untere knöcherne Orbitalwandung ist gelöst. Die Kopfhaut bedeckt die vollkommen aus ihren Verbindungen gelösten Kopfknochen wie eine Calotte. Nabel fehlt, in der Umgebung desselben ein thalergrosser Defect der Bauchdecken, aus dem Dünndarmschlingen hervorsehen. Das Kind soll am normalen Schwangerschaftsende abgestorben sein.

246—247. **Francisci Rousseti** hysterotomotokia gallice primum edita nunc opera Caspari Bauhini latine reddita. Basileae 1588, p. 79.

a) Eine Frau hatte eine für Krebs angesehene Verhärtung in der Schwangerschaft, das Kind wurde theilweise durch den Mastdarm ausgestossen. 1565 starb die Frau, bei der Section fand man im Uterus Foetalknochen;

b) p. 80: todtes, vereitertes Kind in utero nach 15monatlicher Schwangerschaft, R. verlangte Kaiserschnitt.

248. **Sänger** (Centr. f. Gyn. 1885, p. 348: „Ein Fall von Porro-Operation bei Missed labour und multiplen Myomen des Uterus"). 41 Jährige nach langjähriger steriler Ehe schwanger, letzte Regel Anfang Juli 1883. Am Geburtstermin Anfang April nur schwache Wehen, aber Geburt stand still. Nach einigen Tagen hörten die Kindesbewegungen auf, Meconium ging ab. Kindestheile so leicht zu palpiren, dass an Bauchschwangerschaft gedacht werden konnte, wenn nicht ein links oben sitzendes hühnereigrosses Myom den Fruchthalter bestimmt als einen muskulären erkennen liess. Als das Wahrscheinlichste nahm S. Nebenhornschwangerschaft an, besonders nach Narkosenuntersuchung. Auch jetzt keine Wehen, aber Frost und Fieber, am 3. Mai Bauchschnitt. Es war ein schwangerer Uterus mit multiplen Myomen; wegen Zersetzung in der Eihöhle nicht Sectio caesarea, sondern Porro-Operation nach Müller's Modification. Frucht stark macerirt, übler Geruch des meconiösen Fruchtwassers. Stumpf aussen fixirt. Tod nach $2^1/_2$ Tagen an Sepsis. 5 Myome im Uterus im Zustande totaler Fettnekrose, diese Myome hatten die Retention bedingt durch Behinderung der Contractionsthätigkeit.

249. In der Discussion erwähnt **Strong** einen Fall von Verlängerung der Schwangerschaft, Verzögerung der Geburt um 26 Tage bei kindskopfgrossem subserösem Myom. Geburt verlief sehr langsam, Wendung und Placentarlösung

nöthig. Der durch das Collum eingeführte Finger stiess an ein Hinderniss, fühlte nach rechts hin wie durch eine Scheidenwand Kindestheile; man glaubte daher die linke leere Uterushälfte vor sich zu haben und hielt die Scheidenwand für ein in das rudimentäre Uterushorn führendes feinperforirtes Septum. Diese Täuschung war durch eines der Myome bewirkt worden, welches der anstossende Finger für den Fundus einer leeren Uterushälfte hielt.

249. **Schütz** („Zurückhaltung des Foetus im Uterus bis zum 12. Monate" — siehe Küchenmeister, l. c. p. 193): Frau, Mai 1777 zum 6. Male schwanger, viele Beschwerden, besonders stark im 6. Monate mit Leibesverstopfung; noch 2mal schwache Menses. Anfangs Uterus rechts gelagert, Leib schief, während früher ganz rund und gewölbt. Anfang November heftige Krämpfe, wobei der Leib hart wie Stein und gewölbt wurde. Kindesbewegungen. Laxantia. Anfang des 9. Monates Wehen, Muttermund bei verstrichenem Collum thalergross erweitert, Wehen dauern kräftig 4 Wochen an: Verfall, Abgang fleischigen Gewebes, das man früher für Placenta hielt. Pause der Wehen. In der 44. Woche neue Wehen durch einige Tage: Portio vaginalis fest geworden. Künstliche Entbindung versucht, missglückte wegen Undurchgängigkeit des Os internum. Einstellung der Versuche. Kindesbewegungen angeblich bis zur 52. Woche gefühlt. Tod durch hektische Diarrhöen.

Section: Ein ausgetragenes Mädchen ohne alle Fäulnisserscheinungen mit strohhalmdünner Nabelschnur lag in reichlichem, zersetzten Anmionwasser; die messerrücken- bis mehrere Linien dicken Uteruswände mit den Därmen verwachsen. Nach dem Orificium zu fanden sich die Wände verdickt, ganz faltig und zusammengezogen, wie ein Tabaksbeutel.

250. **Seiler** (Zeitschrift für Natur- und Heilkunde. Dresden 1820, I. Bd., Heft 2, p. 215 — siehe Kulenkampff, l. c. p. 8) berichtet eine Beobachtung Moreau's, die er 1790 in der Gazette salutaire de Bouillon veröffentlicht haben soll: Eine gesunde Frau wurde nach 8 glücklichen Wochenbetten abermals schwanger; den 8. März 1752 fanden sich zu rechter Zeit die Geburtswehen ein; aber, nachdem man lange vergebens gewartet hatte, fand die Hebamme bei der Untersuchung den Muttermund fest verschlossen. Ein Accoucheur konnte ebensowenig ausrichten. Es folgten die schmerzhaftesten Wehen, wobei die Wasser abgingen, und von nun an hatte die Frau nur die Empfindung schwacher Nachwehen Der Blutabgang dauerte 6 Wochen lang. Nach und nach schien sie sich zu erholen und bis zu Ende des Jahres blieb sie gesund. Da entstanden abermals Schmerzen von der heftigsten Art von Blutstürzen begleitet, 5 bis 6 Wochen darauf legten sich die Zufälle, und ihr Zustand wurde sehr leidlich, doch bekam sie ihre Reinigung nie wieder. Von der Zeit an lebte sie noch 32 Jahre und genoss im Ganzen eine gute Gesundheit. Bei der Oeffnung fand sich im Unterleibe eine weisse, ungleiche, runde und beträchtlich harte Geschwulst, die einen Theil der Nabel- und die ganze hypogastrische Gegend einnahm. Nach vorn zu war sie fest mit dem Bauchfell verwachsen, und zwischen diesen Verwachsungen befanden sich mehrere speckartige Geschwülste, von denen die grösste etwa einen Theelöffel Materie enthielt. Die abgesonderte Geschwulst hatte 9 Zoll im Durchmesser und wog $5\frac{1}{4}$ Pfund. Nur mit Mühe liessen sich einige Stückchen von der knorpelig-knöchernen Kapsel absondern, die sie umgab, und zugleich mit dieser kamen einige Rippen, ein Hüftbein und einige Wirbelbeine zum Vorschein. Es folgt dann die Beschreibung des ziemlich wohlerhaltenen Foetus. An der linken Seite des Uterus nach hinten, zwischen ihm und dem Mastdarme, fühlte man eine sehr harte Geschwulst. Sie war oval, knochig, von der Grösse eines Hühnereies und hing mit dem Körper des Uterus zusammen, der in der Gegend

dieser Verbindung ausserordentlich dünn, zerrissen und durchlöchert war. Auch die Geschwulst war in der Gegend, wo sie am Uterus hing, offen und man erblickte die Knochen einer ungefähr dreimonatlichen Frucht darin, welche mit einem dicken schwarzrothen Schleim umgeben waren. Die Mutterscheide war mit dem Mutterhalse eines, so dass man das in die Scheide vorragende Segment der Gebärmutter gar nicht finden konnte; diese war nur dicker und enger an dieser Stelle. (?)

251. **Skarland** (London. med. and surg. Journal Sept. 1832 — cit. nach Küchenmeister, l. c. p. 194): 2jährige Retention des Foetus in utero. Jeane Finey erlitt im 8. Schwangerschaftsmonate, Anfang Januar 1828, nach starker Erkältung Geburtswehen, die sich in den nächsten 5 Tagen mehrten; dann Stillstand für 48 Stunden nach einem Aderlass; hierauf neue Wehen, am 14. Januar Geburt eines todten Kindes. Bei Nachgeburtslösung starke Blutung. Nach einiger Zeit neue Wehen, während der Leib so gross blieb, wie vor der Entbindung. Der Arzt erwartete vergeblich die Austreibung der Placenta; steter übelriechender Abgang aus der Scheide und am Ende des 5. oder 6. Monates Abgang einer voluminösen Masse aus der Scheide, Schmerz. Ausfluss und Abgang anderer Massen dauerten fort. Im Februar 1830 das Os des harten, vergrösserten Uterus erweitert und durch grössere Knochen im Collum verschlossen. Nachdem das Stück durch Flüssigkeitsansammlung ausgetrieben war, gingen andere Knochen ab durch das scirrhöse Collum uteri. Wiedergenesung. Im Mai 1831 neue Entbindung. Müller nimmt nach K. eine Uterinfistel an bei einer Extrauterinschwangerschaft und Geburt durch diese Fistel in den Uterus hinein und dann Austritt des Foetus (vielleicht Schwangerschaft in einem Nebenhorne?)

252. **Sołowjoff**: Angeblich einer Frau vor 6 Jahren die Placenta abgegangen, die Frucht zurückgeblieben. S. extrahirte 72 Foetalknochen ex utero. (Wiener klin. Wochenschrift 1874, 4. Nov., No. 45, S. 981): Eine VII-Geschwängerte klagt am 24. April 1874 über üblen Genitalausfluss. Vor 7 Jahren glaubt sie schwanger geworden zu sein und das Leben der Frucht bis 6 oder 7 Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende gespürt zu haben. Damals nutzlose Wehen mit Wasserabgang und Fieberschauer. Wegen angenommener Querlage legte die Hebamme einen pot-ventouse auf den Leib: Nach 4 Tagen gingen Placenta und die abgerissene Nabelschnur ab, die stückweise abfiel, während vom 5. Tage an fötider Ausfluss aus dem Genitale. Langsame Erholung der Frau. Nach einem Jahre einmal heftiger Frost mit Auftreibung des Leibes, nach zwei Jahren begannen die Menses wieder, und zwar regelmässig. Nach 8 Jahren, wo die Frau in die Klinik kam, Unterleib nicht mehr wesentlich angeschwollen; eine feste glatte Geschwulst über der Symphysis oss. pubis hielt man für den Uterus. Os uteri weit offen: im Cervicalkanal ein eingeklemmtes, scharfes Knochenstück. Dieses und noch 62 Knochen entfernte S. theils mit den Fingern, theils mit einer Knochenzange ohne Blutung und Schmerz. Nach vier Tagen ging die Frau genesen nach Hause. [cit. nach Küchenmeister, l. c. p. 225.] (Tagebl. d. Aerztl. Ges. in Kazan 1874, No. 16.)

253. **Em. Thoman** („Schwangerschaft und Trauma.“ Wien 1889, p. 16 — cit. nach: Brit. Med. Journal 18, p. 994, 1882): Eine 20monatliche Retention einer abgestorbenen Frucht in utero. Nach Dauer einer Schwangerschaft vom 1. Februar 1879 bis zum Herbst 1880 erfolgte der Tod unter septicämischen Erscheinungen. Die Section bestätigte die während des Lebens gestellte Diagnose, dass der Foetus sich in einem Divertikel des

Uterus entwickelt hatte, welches wahrscheinlich durch einen unvollkommenen Riss der Gebärmutter bei einer früheren Entbindung entstanden war.

254. **De la Vergne** (Journ. de Méd. 1761, Tome XIV, p. 440 — cit. nach Kulenkampff, l. c. p. 8): „Eine Weinverkäuferin bekam etwa in der 30. Woche ihrer Schwangerschaft nach der Mahlzeit plötzlich Erbrechen. Eine Hebamme liess sie ruhig arbeiten. Anderen Morgens fand de la Vergne sie sehr erschöpft von der nächtlichen Arbeit: Muttermund noch vollständig geschlossen. Bald darauf wurde abermals nach de la Vergne geschickt, der das abfliessende Wasser für Fruchtwasser erklärte. Nach 8 Tagen war die Frau wieder ganz wohl und nahm ihre Arbeiten wieder auf. Etwa 22 Monate nach jenem Unwohlsein musste die Frau, um Wein zu verladen, einen Weg von 3 Meilen machen; unterwegs bekam sie plötzlich beim starken Auftreten des Pferdes heftige Schmerzen im linken Hypogastrium. Anderen Tages stellte sich ein stinkender Ausfluss und Schmerzen in der Nabelgegend ein, die so intensiv waren, dass nicht einmal der Druck des Hemdes vertragen wurde. An dieser Stelle bildete sich dann ein Abscess, der bald aufbrach und mit dem Eiter Knochen eines Kindes entleerte. Allmählich erholte sich die Frau bis zum völligen Wohlbefinden, nur floss von jetzt an das Menstrualblut durch jene Oeffnung in der Nähe des Nabels ab.“ Kulenkampff fügt hinzu: „Bei der Kürze der Beschreibung lässt es sich in diesem Falle bezweifeln, ob zur Zeit der Entstehung des Abscesses die Frucht überhaupt noch im Uterus sich befand oder ob nicht vielmehr bei dem ersten Anfall von Unwohlsein und Erbrechen eine Uterusruptur mit Austritt des Kindes in die Bauchhöhle stattgefunden hat, der dann die Abscedirung folgte.“

255. **Vondörfer** (Oesterr. Jahresber. 1848, Januar, S. 51 [berichtet in Cannstatt's Jahrb. 1848, III, p. 325], cit. nach Kulenkampff, l. c. p. 11): 49 jährige Frau, II-para, wurde vor 11 Jahren neu geschwängert; im 8. Monat stellten sich nach einer bedeutenden körperlichen Anstrengung Kreuzschmerzen ein, unter deren Steigerung das Wasser in bedeutender Menge abfloss. Eine Pfuscherin liess die Gebärende volle 4 Tage liegen und wendete dann mittelst eines um den Leib angelegten Leintuches einen Druck an, um so gleichsam den Inhalt der Gebärmutter herauszupressen, was natürlich nicht zum Ziele führte. Die Unglückliche war wieder auf die Hilfe der Natur verwiesen. 14 Tage dauerten die Schmerzen noch fort, dann liessen sie etwas nach. In der 3. Woche soll eine starke Metrorrhagie eingetreten sein, welche aber auf Anwendung gewöhnlicher Volksmittel gehoben wurde. Von dieser Zeit soll Patientin von allen Schmerzen verschont und nur von einem reichlichen eitrigen stinkenden Scheidenausflusse belästigt worden sein. Dann gingen zwei, einer Foetusrippe ähnliche Knochenstücke ab. Aehnliche Zufälle wiederholten sich in den folgenden Jahren; es geschah die Ausscheidung der Knochen in grösseren Intervallen, und im 11. Jahre ihrer Krankheit fingen ihre Kräfte an zu sinken, so dass sie das Bett hüten musste. Hier sah Verfasser die Leidende; er fand den Unterleib in der regio hypogastrica hervorgetrieben, daselbst mittelst der Palpation den Uterus, der stellenweise schmerzhaft war, zwei Zoll unter dem Nabel stehen. Aus den Genitalien floss eine missfarbige, äusserst stinkende, jauchige Flüssigkeit; der Muttermund stand nach hinten, war nur der Spitze des Zeigefingers zugänglich, welcher daselbst an ein sehr spitzes, fest eingekeiltes Knochenstück stiess, welches das weitere Eindringen in den Uterus hinderte. Unter den Symptomen der Pyämie starb die Leidende.

Die Section ward angestellt, und bei dem behufs der Eröffnung der Bauchhöhle geführten seitlichen Längsschnitte stiess das Skalpell drei Zoll unter dem Nabel

an eine harte Stelle, zu deren möglichster Schonung zunächst der quere Bauchschnitt vollzogen wurde, um auf diese Weise die daselbst mit dem unterliegenden Uterus durch ein derbes, knorpelartiges, mehrere Linien dickes Gewebe verwachsene Bauchwand von der Seite loszupräpariren. Auf dem bei 2 Zoll unter den Nabel reichenden freien fundus uteri bemerkte man eine silbergroschengrosse, mit zackigen, schwammigen Rändern versehene, durch eine dünne, missfarbige Jauche verlegte Oeffnung, unter welcher die derbe Verwachsung des Uterus mit der vorderen Bauchwand begann. Durch diese Oeffnung gelangte man mit dem Hefte des Skalpells in die Höhle des Uterus. Bei Eröffnung derselben fand man die Knochen einer siebenmonatlichen Frucht in einer jauchigen Flüssigkeit liegen. Es folgt die Aufzählung der Knochen. Die Hinterwand des Uterus war ganz frei, der mittlere und untere Theil der vorderen Wand mit den Bauchmuskeln der Harnblase, die Seitenwandungen mit den Tuben, Ovarien und breiten Mutterbändern fest verwachsen, seine Substanz am Fundus und dem freien oberen Theile der vorderen Wand grünlich missfarbig, matsch, so dass ein mässiger Fingereindruck selbe ganz durchbrach; der übrige Theil der Vorderwand, sowie die Seitenwandungen aus einem derben, resistenten, weissgelblichen, faserigen Gewebe bestehend; die hintere Wand erweicht, hypertrophisch; der Mutterhals verstrichen, der Muttermund für den Durchgang der Zeigefingerspitze offen, dessen vordere Lefze verlängert, von hartem, fibrösen Gefüge; die Schleimhaut der gesammten Gebärmutterhöhle leicht abstreifbar, missfarbig.

256. **Stanley Warren** („Fall von Missed labour. Kaiserschnitt.“ Amer. Journ. of Obst. — ref. Centr. f. Gyn. 1885, No. 47, p. 750): 32 Jährige, hatte einmal vor 13 Jahren normal geboren. Seither Menses unregelmässig, zuletzt Januar 1884, dann Schwangerschaftserscheinungen. Im April Schmerzen und Blutungen, sodass die Frau abortirt zu haben glaubte. Fieber, Uebelkeit, zeitweilig Erbrechen. Cervix verdickt, empfindlich; geringe Mengen einer dicklichen, blutig gefärbten Flüssigkeit gehen ab. Leib aufgetrieben, empfindlich. In der rechten Fossa iliaca eine faustgrosse Geschwulst, sehr schmerzhaft. W. nahm an: stattgehabten Abort mit nachfolgender Metroperitonitis. 2 Monate später befand sich die Frau ganz wohl, jene Geschwulst rechts war geschwunden, jedoch fand man eine Geschwulst in der Mittellinie, zweifellos einen schwangeren Uterus mit fötalen Herztönen. Geburt wurde berechnet für den 25. bis 28. October. Am 29. October heftige wehenartige Schmerzen, aber nicht Wehen, sondern Rückenschmerzen nach rechts zu, wohl durch die Bewegungen der Frucht veranlasst. Portio lang, äusserer Muttermund geöffnet, innerer hochstehend, Kindeslage nicht feststellbar. Aeussere Palpation ergab Querlage, Kopf rechts. Aeussere Wendung erfolglos versucht. Schmerzen nahmen allmählich ab, Ruhe trat ein. 7. November theilte die Frau W. mit, das Kind sei abgestorben; keine Bewegungen, keine Herztöne mehr. 25. November wieder Schmerzen wie zuvor, aber keine Wehen. Nachdem 4 Wochen verstrichen waren und Zeichen von Infection durch die todte Frucht auftraten, beinahe 2 Monate nach Absterben der reifen Frucht, künstliche Einleitung der Geburt. Pressschwammeinführung, digitale Dilatation misslangen. Vergeblich Zangen verschiedener Art und Kranioklast versucht, der innere Muttermund schloss sich sofort, sobald das Instrument entfernt war (?). Heftige Blutung, es zeigte sich in der Höhe des inneren Muttermundes ein Einriss, welcher die Portio fast vollständig vom Körper abtrennte. Kaiserschnitt, Foetus weich, seine Haut war geschwunden. Am Tage nach der Operation starb die Frau.

257. **John J. Williams** („Ein verknöcherter schwangerer Uterus.“ Med. Herald 1880 — ref. Centr. f. Gyn. 1880, No. 16, S. 391): Section einer

60—70 jährigen Negerin. Uterus bildete einen von etwa 20 Fibroiden durchsetzten Tumor, birnförmig, leicht mit dem Becken durch Zellgewebe und Stränge verwachsen. Tumor beweglich, konnte aber nicht ohne Messer entfernt werden, wobei aber ein Loch im oberen Theil der Scheide entstand. Tumor sehr hart. 16″ und 5″ Umfang. Durch Längsschnitt mit grosser Mühe eröffnet: im Innern ein wohlgeformtes, gut erhaltenes, anscheinend reifes Kind, fest mit der Uteruswand verwachsen. Mikroskopisch Verknöcherung der Uterinwand festgestellt durch Marvin, Flexner und Williams.

258. **Ulrich** (Mon. f. Geb. u. Fr., Bd. X, Berlin 1857, S. 173): Graviditas uterina, Absterben des Foetus, Ausstossung von Foetusknochen durch die Vagina sowie durch den Darmcanal, Tod durch Tuberculose, Communication **zwischen** Uterus und Dünndarm (siehe auch Fall 89).

IV-para, zuletzt 1851 entbunden, glaubte sich Mitte Mai 1854 wieder schwanger. Am 2. October Fall auf der Treppe ohne momentane Störung, aber einige Tage später 8 Tage lang Frostanfälle, dann Euphorie, aber der Leib wurde stärker, die Füsse schwollen. 15. October 1854 Blutsturz, dem eine Wasserentleerung vorausgegangen sein soll, zugleich schwache Wehen. Ascites so gross, dass Uterus nicht zu fühlen, Anasarca. Muttermund fingerhutgross geöffnet. Keine Kindestheile durch das Scheidengewölbe zu fühlen. Blutung steht erst nach Secale, nach 4 Wochen Erholung. Kindeskopf über dem Nabel tastbar. Mitte December fauliger Geschmack im Munde und eitriger Scheidenausfluss. Im Februar gingen mehrere Placentastücke ab, vom 27. März an mehrere Knochen, von Juni an nicht mehr, doch aber Knochen in utero mit Finger und Sonde getastet. Pressschwamm behufs ihrer Entleerung brachte keine genügende Erweiterung. So blieb der Zustand bestehen mit fortwährendem Eiterausfluss. 28. Januar 1856 Fieber, starke Schmerzen in der regio iliaca sinistra und Anschwellung dort. 8 Tage darauf Eiterentleerung ex ano und am 28. Mai gingen mit Schmerzen Knochen durch den After ab, darunter ein Os frontale. Wiederholter Abgang von Knochen. Am 24. Juni 1856 zum ersten Male wieder Regel (viertägig), die dann regulär wiederkehrte. Jetzt kein Eiter mehr per rectum, aber wieder ex vagina. Fundus uteri senkte sich, im Herbst nicht mehr zu fühlen. Wegen zunehmender Tuberculose ins Krankenhaus und bald Tod.

2 Dünndarmschlingen mit dem normal zurückgebildeten Uterus verbacken, eine derselben adhärirte vorn fest der Bauchwand und enthielt mehrere hier fest eingekeilte Foetalknochen, hier directe Communication zwischen Dünndarm und Uterus, die zweite an den Uterus angewachsene Dünndarmschlinge communicirte nicht mit seiner Höhle. Uterushöhle leer, orif. ext. offen. Keine Verwachsung zwischen Mastdarm und Uterus, also waren die ex ano ausgestossenen Foetalknochen durch den Dünndarm eintretend ausgestossen worden. Auffallend, dass keine Kothentleerung in uterum bemerkt worden war. Ulrich nimmt an, dass placenta praevia bei beginnendem Abort nach dem Sturze die Entleerung der Frucht auf normalem Wege verhindert habe, dann Retention, Perimetritis, Darmverwachsung und Durchbruch in den Darm.

Schulz (siehe 236) erwähnt auch die Fälle von Wenck (Miscell. Nat. Cur. Dec. III, An. IV, obs. 67) und Bartholin (Hist. anat. rar. Cent. IV, hist. XIV, Tom II, p. 238), wo es sich um sogenannte Superfoetation handelte, wo also bei Zwillingssshwangerschaft wahrscheinlich die eine Frucht in früheren Monaten abgestorben ist, deren Knochen dann mit der ausgetragenen anderen Frucht ausgestossen wurden — möglicherweise handelte es sich um Foetus papyraceus.

Nach Liebmann soll Schroeder in seinem Lehrbuch d. Geburtshilfe 1872 als Beispiele der Uebertragung todter Früchte anführen die Beobachtungen von

259. **Mangett.**

260 u. 261. **Lanzellot** und einen zweiten Fall von **John.**

C. Retention der Frucht in einem mehr oder weniger rudimentär entwickelten Horne des Uterus bicornis.

(18 Beobachtungen.)

(Leider war er mir nicht möglich, in diesem Abschnitte die Literatur eingehender zu berücksichtigen, weil leider Zahl der mir zugänglichen ausländischen Zeitschriften eine sehr geringe und andererseits die Referate oft sehr lückenhaft sind.)

Die neuesten Erfahrungen haben gezeigt, dass eine mehr oder weniger ausgesprochene Bifidität des Uterus durch unvollkommene Verschmelzung vom Uterus incudiformis an bis zum Uterus didelphys unendlich viel häufiger vorkommt, als man früher annahm. Selbstverständlich wird auch jetzt öfter bei Schwangerschaft in dem einen Horne eines Uterus bicornis die richtige Diagnose gestellt werden und darnach die Therapie bestimmt werden. Sichtet man die stetig wachsende Literatur der Schwangerschaft bei Verdoppelung des Uteruskörpers, so findet man Fälle, wo alle beiden Hörner zugleich geschwängert und zugleich entleert worden, Fälle, wo beide Hörner zu verschiedener Zeit geschwängert und zu verschiedener Zeit (heterochron) entleert worden, ferner Fälle, wo abwechselnd bald das eine, bald das andere Horn schwanger wird, endlich Fälle, wo stets nur ein und dasselbe Horn schwanger wird, das andere nie. In der Literatur finden wir nun oft die Bezeichnung Schwangerschaft im Nebenhorn. Nun frage ich, welches ist denn eigentlich das Nebenhorn, wenn 1895 das rechte und 1896 das linke schwanger war? Sind beide Uterushörner gleich entwickelt und wird das eine schwanger, so ist eben die Bezeichnung Schwangerschaft im Nebenhorn unlogisch und sollte ein für alle mal beseitigt werden. Ja selbst bei rudimentärer Entwickelung eines Hornes des Uterus bicornis hat die Bezeichnung Nebenhorn keinen Sinn. Der Uterus hat zwei Hörner, am normalen sind sie im Fundus vereint, bei Bifidität mehr oder weniger getrennt, mit gleicher oder ungleicher Entwickelung. Ein Nebenhorn hat kein Uterus, höchstens ein mehr und ein weniger entwickeltes Horn, ich verwerfe deshalb absolut z. B. die Bezeichnung bei Küstner: „Gravidität im rudimentären Nebenhorn“. Es kommt noch Eines dazu, ist denn bei Schwangerschaft in dem einen Horne eines Uterus bicornis jedesmal dieses schwangere Horn das rudimentäre Horn. Das nicht schwangere Horn am schwangeren Uterus bicornis macht den Eindruck des rudimentären — wenn nun aber beide Hörner abwechselnd schwanger sind? Es ist also falsch, ohne weiteres jede Schwangerschaft in einem Horne eines Uterus bicornis als Schwangerschaft im rudimentären Horne zu bezeichnen. In gewisser Beziehung ist jeder zweihörnige Uterus und damit auch jedes seiner Hörner rudimentär entwickelt, wie am besten die Insufficienz der Musculatur sub partu und die zahlreichen spontanen Rupturen in der Schwangerschaft beweisen, aber der Begriff rudimentäres Horn verlangt, dass das andere Horn relativ vollkommener entwickelt sei. Die Nomenclatur müsste derartige Befunde in Schwangerschaft in einem Horne des Uterus bicornis sowie Schwangerschaft in dem rudimentären Horne eines Uterus bicornis scheiden, um so mehr, als ja klinisch dieser Unterschied sehr wichtig ist, — als das rudimentäre Horn, zumal ein atretisches viel leichter und früher der Ruptur unterliegen wird als das mehr weniger vollkommen entwickelte Horn eines Uterus bicornis mit gleicher Entwickelung beider Hörner.

262. **Camerarius** (Diss. de foetu XLVI annorum. Tubingae 1720, in Halleri Coll. disput. pract. T. IV, p. 757 — Baldinger's N. Magazin, Bd. XIV, St. II, S. 143) fand in dem Uterus einer 94jährigen Frau, die 26 Jahre schwanger zu sein glaubte, eine knöcherne Kugel von der Grösse der grössten Kegelkugel und 8 Pfund Gewicht. Sie hing an der linken Seite des Uterus mittelst eines schwammigen Fleisches von der Grösse eines Guldens fest an, war äusserlich ganz knöchern, rauh und mit kleinen Hervorragungen besetzt; da, wo sie an der Mutter ansass, war sie weicher, mehr knorpelartig; in dieser eine Schreibfeder dicken knöchernen Höhle lag ein todtes, männliches, völlig reifes Kind, welches ohne allen Geruch ausgetrocknet, hart war und wie geräuchertes Fleisch aussah; in der Kugel war sonst nicht die geringste Feuchtigkeit.

263. **Cheston** (Med. chir. Transact. of London V, p. 104—129, London 1814.) 25jährige Mehrgebärende hatte am normalen Schwangerschaftsende, im Sommer 1795, vergebliche Wehen. 15 Monate lang intermittirender Abgang blutigen Wassers. 1799 Rückkehr der Menses; 1800 neue Schwangerschaft, erfolglose Wehen; man nahm das Kind mit dem Haken ab; darauf Abgang übelriechender Massen nebst Knochen von dem Foetus von 1795 (cit. nach Küchenmeister, l. c. p. 159).

264. **Finlay** (s. Hennig, l. c. p. 296): Wände des Uterus sehr dünn, verfettet und mit allen Nachbarorganen verwachsen, Uterus stand mit der Höhle des Quergrimmdarms im Zusammenhange. Die Frau erwartete seit 3 Monaten ihre Niederkunft und stiess 4 Wochen später einen Fusswurzelknochen aus.

265. **Fritze** beobachtete Lithopädienbildung an einer im 5. Monate in einem rudimentären Nebenhorn (!) des Uterus abgestorbenen Frucht. (cit. nach Küchenmeister, l. c. p. 177.)

266. **P. G. Griffith** („Retention of dead foetus in utero" Brit. Med. Journ. 19. Sept. 1896, No. 1864, p. 799). Frau X. stillte ihr 3. Kind, im Juni 1894 geboren, 14 Monate lang. 8 Monate nach der Entbindung erschien die Regel und wiederholte sich regelmässig bis Januar 1896, dann neue 4. Schwangerschaft. Am 23. April 1896 Abort einer über 3monatlichen Frucht. 10 Tage später, am 3. Mai, werden mit dem vaginalen Ausfluss mehrere Foetalknochen entleert, andere Knochen fand G. am selben Tage in der Scheide und im Gebärmutterhalse, in der folgenden Woche wurden noch 2 Knochen entleert. Diese Knochen schienen einer 4monatlichen Frucht anzugehören, sie waren vom Fleisch entblösst und die knorpligen Enden arrodirt. Die Knochen sollen nach G. zweifellos einem Ei angehören, das früher als im Januar befruchtet wurde. Zwischen der Entbindung im Juni 1894 und Januar 1896 soll die Frau bestimmt nicht geschwängert worden sein. G. nimmt also an, die Knochen seien die eines Zwillingsfoetus, der 1894 im Juni nach der Ausstossung des reifen Kindes in utero zurückgeblieben sein soll. Eine Erklärung für diese fast 2jährige Retention sucht G. darin, dass ein Uterus bicornis mit ungleichmässig entwickelten Hörnern vorlag. Die Frau gehörte einer Familie an, in der Zwillingsschwangerschaften häufig sind („she belongs to a distinctly twin-bearing family").

267. **Herrgott** („Fall von intrauteriner Verjauchung eines abgestorbenen Foetus". Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1896, No. 31 — ref. Centr. f. Gyn. 1897, No. 15, S. 416): 30jähr. I-gravida 14 Tage nach vergeblich erwarteter Entbindung in die Klinik gebracht. Vor 3 Tagen übelriechende röthliche Flüssigkeit abgegangen, seither Kreuzschmerz ohne eigentliche Wehen. + 39,7° C., fadenförmiger Puls, Dyspnoe, unregelmässig aufgetriebener Leib. Die schmerzhafte Palpation deshalb resultatlos; Auscultation ebenso, Portio vaginalis hoch-

stehend, hinter der Symphyse, Muttermund geschlossen. Im hinteren Scheiden gewölbe ein harter rundlicher Tumor, anscheinend knorplig, keine Kopfnähte zu tasten. Patientin will vor 4 Tagen noch Kindesbewegungen gefühlt haben. Uebelriechender röthlicher Ausfluss. H. und Prof. Weiss konnten keine präcise Diagnose stellen, nur sofortige Entfernung des verjauchten Foetus konnte die Mutter retten. Kaiserschnitt. Uterus sehr gross, tiefblau. Darin der ver jauchte und von Gasen aufgetriebene Foetus. Da nach Entfernung der Placenta schlechte Kontraktion, Amputation nach Porro, aber beim Verschorfen des Stumpfes mittelst Paquelin Collaps und Tod. Man fand eine kindskopfgrosse Dermoidcyste im lig. latum dextrum, welche das kleine Becken ausfüllte, die Cervix gegen die Symphyse gepresst hatte und bei der Untersuchung den kindlichen Schädel vorgetäuscht hatte.

268. **Jamerson** (Dublin Journ. Sept. 1842 — cit. nach Küchenmeister, l. c. p. 192). 30jährige IV-p. Letzte Regeln April 1841, Geburt 13. Februar 1842. Neue Wehen am 3. April 1842, wobei ein 6monatliches Kind geboren wurde, dessen Haut schwärzlich und runzlich war. Eine Frucht ausgestossen 7 Wochen nach einem reifen Kinde, also angebliche 12monatliche Retention einer Frucht. Nach Müller soll das am 13. Februar geborene Kind zu früh, im 8. Monat geboren sein, das andere am normalen Schwangerschaftsende, aber es kann auch Schwangerschaft im Uterus bicornis oder in einem rudimentären Horn dagewesen sein. Der Fall ist bei K. nicht klar geschildert. — Placenta der zweiten Frucht frisch und gross wie bei einem ausgetragenen Kinde.

269. **Koeberlé** (Gaz. méd. de Strassbourg, August 1866) behandelte erfolgreich mit Bauchschnitt eine Schwangerschaft, der noch 2 Monate zur vollen Reife fehlten, im rudimentären Horn eines Uterus bicornis, wobei allerdings die Diagnose eine intra vitam gestellte, also nicht sub nekropsia erhärtete blieb. Es ist fraglich nach Werth, ob die volle Reife hätte erreicht werden können, da bei der Operation Spuren einer früheren Anreissung an der hinteren Wand des Sackes sich fanden. Der 7monatliche Foetus 2 Monate nach seinem Absterben durch Bauchschnitt entfernt mit Genesung der Frau.

270. Nach **Küchenmeister** (l. c. p. 173) handelte es sich bei dem berühmten Steinkinde von Leinzell in Gmünden, das 46, nach Anderen 51 Jahre im Leibe verblieb, bis seine Trägerin, Anna Müller, im 91. Jahre an Pneumonie starb, um Schwangerschaft in dem Nebenhorne eines Uterus unicornis unicollis (Uterus bicornis). (Details siehe l. c. p. 173—177.) Die Frau wurde im 45. Jahre schwanger, fühlte Kindesbewegungen, am normalen Schwangerschaftsende 3 Wochen lang Wehen, die Geburt blieb aber aus. Nur bei Lagewechsel schwere Last im Leibe und Nichtschlafenkönnen auf der rechten Seite wegen Schmerz unterhalb des Nabels. Später noch 2 neue beschwerliche Schwangerschaften und Geburten.

Literatur: (Orth: Diss. inaug. med. de Foetu 46 annorum. Tubingae 1720. — Rud. Jac. Camerarius (II) in den Schriften d. k. Gesellschaft d. Wissenschaften zu Paris 1721, S. 38. — Ephemer. Natur. Curios. Cent. X., obs. 48. — Steigerthal: Philosoph. Transact. XXXI, p. 126, und Kieser: „Das Steinkind von Leinzell". Inaug. Abhandl. Stuttgart 1854, S. 11, 36 ff.)

Küstner („Gravidität im rudimentären Nebenhorn" in P. Müller's Handbuch der Geburtshilfe, II. Bd., S. 550—554) schildert in einer Skizze die Schwangerschaften in einem rudimentären Horn des Uterus, wobei die Verwerthung der Abgangsstelle des lig. rotundum diagnostisch betont wird. Sänger hat bis Herbst 1884 — 20 Fälle zusammengestellt, von denen 22 in den ersten

6 Monaten durch Ruptur des Sackes tödtlich verliefen, bei 3 war der Ausgang in Lithopädionbildung, darunter einer mit ausgetragener Frucht, 4 Fälle kamen zur Operation, darunter einer von Sänger selbst operirt.

271. **Angus Macdonald** („Bericht über einen Fall von Schwangerschaft im linken Horn eines uterus bicornis durch Hysterektomie geheilt; mit Bemerkungen über das Wesen und die geeignetste Behandlung des sog. »Missed labour«". Edinb. med. Journ. April 1885 — ref. Centr. f. Gyn. 1886 No. 21, S. 334). 23jährige Frau, die vor 3 Jahren einmal geboren hat, stellt sich im Januar 1885 vor mit einer Unterleibsgeschwulst. Im Februar 1883 hat sie das einzige Mal nach der Geburt wieder menstruirt. Juni 1883 Leben gefühlt; Januar 1884 nach 3tägigen Wehen blutiger, zum Theil klumpiger Abgang. Seit März 1884 dann wieder regelmässig menstruirt, im April, Mai, Juni vorübergehend viel gelber, übelriechender Ausfluss zwischen den Regeln. — Den unteren linken Theil des Abdomens nimmt ein ovaler, solider und beweglicher Tumor ein, 7 Zoll hoch und 8 Zoll die Symphyse überragend. Cervix normal, fest, geht in den Tumor über, äusserer Muttermund geschlossen; die Sonde dringt 2 $1/2$ Zoll nach auf- und rückwärts ein. Diagnose: rasch wachsendes Fibroid der vorderen Uteruswand. Bauchschnitt 26. Jan. 1885. Keine Adhäsionen, linkes Ovar hoch oben am Tumor; rechtes mit Tube unten im Becken, wird zurückgelassen. Cervix bildet guten Stiel. Extraperitoneale Stumpfbehandlung mit Klammer Heilung. Am 2. März lässt sich eine Sonde in die sehr hochstehende Cervix 2 $1/4$ Zoll weit nach rechts hin einschieben.

In dem resecirten Tumor fand sich eine macerirte reife Frucht von 2680 gr und 19 Zoll Länge. Schwangerschaft von beinahe 23 Monaten in einem Horn eines Uterus bicornis bei wegsamer Cervix, irrthümlich für ein Uterusfibrom gehalten. Der Sack, 6 $1/2$ Zoll hoch und 7 $1/2$ Zoll breit, bestand aus vom Peritoneum bedeckten Uterusgewebe, die Wandung des Sackes nimmt nach oben zu beträchtlich an Dicke ab; links setzen sich Tube, lig. ovarii und rotundum am Tumor an; rechts keine Spur davon. In einem aus dem Stiel oberhalb des Schnürdrahtes excidirten Stücke schien sich ein querer, einige Millimeter weiter Gang verfolgen zu lassen, der nach rechts hinüberleitete. Eihäute kaum an einzelnen Stellen noch nachzuweisen, Placenta papierdünn, Nabelstrang. Keine Spur von putridem Geruch, keine Stelle, wo eine Ruptur zu fürchten gewesen wäre.

Eine Verbindung des Sackes mit der cervix, wie sie vielleicht aus dem oben erwähnten üblen Ausfluss geschlossen werden könnte und woran der kleine quere Kanal denken liess, konnte bei dem Fehlen jeder eigentlichen Fäulniss doch nur in sehr unvollständiger, unterbrochener Weise angenommen werden. Die uterine Natur des Sackes stand ausser Zweifel, wogegen die Asymmetrie des konischen, mit der Spitze nach links gerichteten Tumors das Fehlen der rechtsseitigen Anhänge und die nach oben abnehmende Wandungsdicke die Annahme, es sei der ganze Uteruskörper, ausschlossen. Die normale Länge der Tube und die Reichlichkeit der Muskulatur sprach gegen interstitielle Schwangerschaft. Erst bei Durchsicht der Literatur, beim Litzmann'schen Falle (Arch. f. Gyn. Bd. XVII, p. 281) wurde Verfasser sich über seinen Fall klar: Schwangerschaft im linken Horne eines Uterus bicornis unicollis, wie sich später auch durch die Sondirung des rechten Hornes richtig erwies. Noch 3 ähnliche Fälle von Turner (1866, Patientin starb 6 Monate nach dem Tode des Foetus an Phthise), Salin (Centr. f. Gyn. 1881, No. 9) und Sänger werden herbeigezogen. Was das Wesen des sog. „Missed labour" anbetrifft, wird zunächst eine Ansicht (Müller, Nancy, Thèse de Paris 1878), dass es sich stets um Extrauterinschwangerschaften handle, die in irgend einem Theile des Genitaltractus durch-

ulcerirten, mit guten Gründen abgethan. Verf. ist der Ansicht, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um Schwangerschaft in dem einen Horn eines Uterus bicornis handelt. Genügt die Entwickelung der Musculatur desselben, so entwickelt sich, wie im vorliegenden Falle, die Frucht zur Reife, wenn nicht, platzt der Sack. Die Ansicht des Verfassers wird zudem durch das häufigere Vorkommen dieser Erscheinungen bei Thieren, die normalerweise einen Uterus bicornis haben, als Kuh, Schaf und Ziege gestützt. Ist dann die Communication des betreffenden Hornes mit der gemeinsamen Cervix zu eng und einer Dilatation nicht fähig, so erlahmt die den Fruchtsack umschliessende Muskulatur nach vergeblicher Anstrengung. Eine solche Erlahmung ist um so erklärlicher bei der den Verhältnissen am Uterus in toto ganz entgegengesetzten Anordnung der Muskulatur, d. h. der nach oben zu abnehmenden Dicke, wie sie vom Verf. und Litzmann beschrieben ist. **Bezüglich der Therapie ist M. der Ansicht, dass nicht nur für die Fälle von Missed labour im Uterus bicornis, sondern für alle Fälle bei Missed labour überhaupt die Laparotomie gerechtfertigt und angezeigt ist.** Ist im Laufe der Zeit der Sack schon geschrumpft, kann er uneröffnet entfernt werden, bei frischeren Fällen nach der Müller'schen Modification. Angesichts des meist traurigen Ausganges beim Zuwarten, könne für ihn aber die Berechtigung der Operation bestehen. Das Eingeschlossensein der Placenta in den Sack vermindere die Schwierigkeiten.

272. **A. L. Galabin** („Foetation in a rudimentary horn of uterus. Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVII, p. 225), Geschlossenes rudimentäres Uterushorn. 3 Monate nach Verstreichen des normalen Schwangerschaftsendes durch Bauchschnitt entfernt, überall adhaerent. Glatte Heilung. Nach 2 Jahren normale Geburt.

Höpfl („Fall von ausgetragener Nebenhornschwangerschaft. Heilung durch Operation". Münchener med. Wochenbl. 1895 No. 32.) Uterus bicornis unicollis, unvollständige Atresie des schwangeren rechten Hornes. Operation nach Fritsch. Extraction des Kindes. Placenta nicht entfernt. Eiterung und Abstossung von Placentarresten dauert 6 Monate. Dann Schluss der Fistel.

Owen, R. O. („Double uterus; pregnancy of the extra one, resembling abdominal pregnancy; anatomical peculiarities; abdominal section; normal delivery of six-and-half month's foetus; death eight days after operation or four days after natural delivery. Unique case". Virginia, M. Month. Richmond 1894—95. Vol. XXI, p. 926).

Remfry, L. („Gestation in a rudimentury horn" Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVI, p. 263". Abtragung des rechtsseitigen, seit 6 Monaten graviden Hornes, dessen Stiel nicht dicker als der einer Ovariencyste. Heilung, Bauchwundnäthe am 7. Tage entfernt, Narbe platzt am 8. Tage beim Husten, Darmvorfall, Reposition nach Eröffnung der alten Wunde, Tod am nächsten Tage.

Walthard („Semiamputatio uteri gravidi bei Gravidität im rechten Uterushorn mit völliger Genesung und späterer normal verlaufender Schwangerschaft in der zurückgelassenen Uterushälfte". Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte 1894, Bd. XXIV, p. 777.

273. **Mühlbeck** (Abhandl. d. k. k. Josephin. med. chir. Akademie zu Wien, 1788, Bd. I, p. 225 —; cit. nach Kulenkampff) beschrieb laut Sektionsprotokoll den Befund einer Retention einer abgestorbenen Frucht, und zwar handelte es sich um eine Retention von 14½ Jahren. Die Unteroffiziersfrau Susanna Nehibin, einmal normal entbunden vor 2 Jahren, wurde abermals schwanger. Bewegungen traten ein, wurden aber schwächer und hörten auf; zugleich hatte sie die Empfindung, als ob sich ein schwerer Körper in ihrem Leibe heruntersenkte, der bei veränderter Körperhaltung seine Lage wechselte. Im 11. Monate drei Tage lang Wehen, aber keine Geburt, trotzdem vor 24 Stunden das Wasser abgegangen war. Erschöpfung, Wehen cessirten ganz, Schmerzen in den Geschlechtstheilen. Der Regimentsarzt fand den Leib noch sehr ausgedehnt, aber kein Anzeichen bevorstehender Geburt. Scheide vorgefallen, entzündet,

dieser Vorfall war von der Hebamme hervorgebracht worden, die, als sie das Kind gewaltsam hervorziehen wollte, nur die Scheide erfasst hatte. Ruhe und Umschläge von Mühlbeck angeordnet, die Frau trank 5 Seidel guten starken Wein und schlief danach sehr ruhig. Anderen Tags traf M. sie wachend und völlig schmerzlos, am folgenden Tage wurde der Scheidenvorfall reponirt, am 5. Tage ging die Nehibin schon wieder einher und blieb von da an völlig gesund und ohne Schmerzen, aber die Regel blieb dauernd aus. 14 ½ Jahre später Tod an einem „Faulfieber" — (wohl Pyaemie?) Mühlbeck fand zwischen Mastdarm und Harnblase die vergrösserte Gebärmutter, die von aussen ganz von einem weissen zellulösen Wesen eingeschlossen war. Als dieses Gewebe hinweg war, sah man die eigentliche Gebärmutter ganz verhärtet, vier Linien dick, weissbläulich, nach der Form des Foetus eingeschrumpft und im Schneiden sehr zähe. Neben dem Grunde der Gebärmutter sah man beiderseits membranöse, unkenntliche Anhänge, welche vermuthlich die Mutterbänder ausmachten, die aber gleichfalls ausgeartet und vertrocknet waren. Ueberhaupt waren die Eierstöcke und Muttertrompeten ganz unkennbar, so eingeschrumpft war alles. Bei Einschnitt in den oberen Theil der Gebärmutter bemerkte man deutlich an dem Kopf der Leibesfrucht kleine anhängende Kopfhaare, die man jetzt noch sehen kann. Keine Spur von Placenta gefunden. Der Rücken der Frucht ging in gerader Richtung vorwärts gegen die Schambeine gelagert hinab, mithin stand das Gesicht und die vordere Gegend des Kindes nach rückwärts gegen den Mastdarm zu. Die untere Gegend der Gebärmutter und der Muttermund waren gänzlich verknöchert. Der Muttermund stellte nämlich einen langen hornähnlichen Kegel vor, war verbeinert und ragte sehr tief in die Mutterscheide hinab, so dass man diesen Körper durch die Scheide fühlen konnte. Dieser Kegel bestand aus dem Zusammenwuchs der unteren Gliedmaassen. Sowohl die Uteruswand als auch die Oberfläche des Foetus waren fest mit den Eihäuten verwachsen, so dass das ganze nur eine Hülle zu sein schien.

Küchenmeister (l. c. p. 182) glaubt, es habe Schwangerschaft in einem Nebenhorn des Uterus und Retention daselbst vorgelegen und lithopaedisirte dreibeinige Missgeburt.

274. **J. M. de Rossett** (in Greenup in Kentucky) [Americ. Practic. 1878, April, Centr. f. Gyn. 1879, III, S. 69]: „Fall von Graviditas intrauterina complicirt mit Graviditas extrauterina." Unklare Schilderung, aus der nur so viel hervorgeht, dass eine seit November 1875 schwangere Frau, 27jährige I-para, am 5. August 1876 ein 7 Pfd. schweres Kind (in Steisslage todtgeboren) gebar und am 15. October einen etwa 5 Monate alten verjauchten Foetus ausstiess. (Nebenhornschwangerschaft?)

275. **Salin** („Kaiserschnitt nach Porro. Uterus duplex." Hygiea 1881, No. 3 — Referat: Centr. f. Gyn. 1881, No. 9, S. 22): 22jährige I-grav. erwartet vergeblich die Geburt im Januar 1880. Kindesbewegungen hören statt dessen auf. Ende Februar wegen heftiger Wehen zu Bett, im März 8tägige Blutung und ähnlicher Schmerzanfall, ebenso im April; im Mai keine Blutung. Seit Februar nahm die Unterleibsgrösse ab, Abmagerung. 4. Juni ins Spital. Tumor von Symphyse bis Schwertfortsatz reichend, rechts der Beckenwand genau anschliessend und das rechte Hypochondrium ausfüllend, links nicht. Uterus normal gross, beweglich, anteflectirt, noch im Becken ein kleines Segment der Geschwulst zu palpiren, von hier ging ein breiter Stiel gegen den supravaginalen Theil der Cervix. Diagnose unsicher, auf Extrauterinschwangerschaft gestellt, obgleich die Grösse des Uterus und Mangel des Decidualabganges dagegen sprachen. Patientin forderte die Operation. + 39 ° C., 120 P. Blaurother

Tumor der Bauchwand leicht adhärent, durch ein stecknadelkopfgrosses Loch sickert aus ihm schmutziggelbe Flüssigkeit, Troicart entleert nichts, aber man tastet einen Kindestheil in der Oeffnung. Dilatation, Kind extrahirt. Tumor vor die Bauchwunde gebracht, erwies sich als Hälfte eines doppelten Uterus, durch kurzen breiten Stiel mit der anderen zusammenhängend. Stiel abgebunden, das Horn abgetragen: keine Communication entdeckt durch den Stiel zu Uterus oder Scheide, innere Fläche mit Decidua bedeckt, die vollständig entfernt wurde. Stiel versenkt. Fieber fiel erst nach einigen Tagen. Genesung. Ob die Impermeabilität des Stieles primär war oder durch Obliteration in der Schwangerschaft erworben, war nicht festzustellen. Retention einer ausgetragenen Frucht in einem Horne eines Uterus bicornis durch circa 5 Monate.

276. **Turner** (Edinb. med. Journal 1866) beschrieb eine ausgetragene Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis. Ein längeres, schmächtiges und wahrscheinlich von vornherein solides Zwischenstück vermittelte die Verbindung mit dem durchgängigen Horn, und nach erfolglosen Geburtsbestrebungen blieben weitere Veränderungen am Fruchthalter aus.

277. **Werth** („Retention einer ausgetragenen Frucht in dem vollkommen entwickelten Horn eines Uterus bicornis.“ Archiv für Gyn., Bd. XVII, Berlin 1881, p. 281—297): 39jährige II-para einmal mit der Zange, einmal spontan entbunden. Am 21. December 1878 zuletzt menstruirt. Bis Juni 1879 oft Erbrechen. Anfang Juni Kindesbewegungen. Vergeblich Niederkunft im October erwartet: Am 1. November hörten plötzlich die Fruchtbewegungen auf, dann kurze Zeit Frostschauer, Kreuzschmerz, aber bald Euphorie, geringe Abnahme des Bauchumfanges. Seit Ende November sanguinolenter Ausfluss, dann Blutung. Im Januar 1879 einige Tage heftiger Leibschmerz. Wegen Fieber und schlechtem Allgemeinbefinden am 7. Februar in Prof. Litzmann's Klinik aufgenommen. Tumor von der Grösse des 8 Monate graviden Uterus; transversal sehr beweglich, reicht rechtsgeneigt bis handbreit über den Nabel. Der Tumor bildet kein Oval, sondern läuft nach rechts in einen stumpfen Conus aus, dessen Basis in der Mittellinie durch eine seichte Einbiegung in die linke, weniger hochragende und nach oben mehr gerundete Geschwulsthälfte übergeht. Tumor bretthart, nur an der linken Kuppe undeutlich fluctuirend. Finger dringt nach links 3—4 cm in cervicem vor, es ergiesst sich gelbliche widerliche faulige Flüssigkeit. Schädel im Beckeneingang. Diagnose: Retention einer reifen faulenden Frucht in utero. Fieber, Erbrechen, Verfall der Kräfte, Jauchung dauern fort. Da weder auf spontane Entfernung zu rechnen war, noch auf künstliche Entfernung auf normalem Wege, so Supravaginalamputation des uneröffneten Uterus mit Bauchschnitt am 14. Februar 1879. Uterus herausgehoben: hinten unten dringt aus einer kleinen Oeffnung der Wand, unter welcher ein scharfer Knochenrand zu fühlen ist, graurothe übelriechende Flüssigkeit hervor, die nach unten abfliesst. Carbolausspülung und Schwammtoilette. Schlauch unterhalb des Schädels um den Uterus, dann Längseröffnung ohne jede Blutung. Frucht und Jauche entfernt. Péan's Constricteur zieht eine Eisendrahtschlinge an dicht oberhalb des Schlauches, Amputation. Nach Lösung des Schlauches behält die Schnittfläche die weisse anämische Färbung, nicht ein Tropfen Blut quillt aus ihr. Bauchhöhle ausgespült. Stumpf mit Thermokauter bestrichen, dann in der Bauchwunde fixirt, Glasdrain oberhalb desselben. Am exstirpirten Uterus fanden sich nur die rechtsseitigen Annexa, also Schwangerschaft in einem Uterushorne. Am dritten Tage Tod: geringe frische Peritonitis, Uterus bicornis mit Entfernung des rechten Hornes — sub operatione liess sich nichts sagen über das linke Horn,

dessen Beschaffenheit etc. — Kleine Cyste des linken Ovarium, Mangel der rechten Niere. Das linke Horn nahezu rechtwinklig vom Collum abgebogen, gerade nach hinten gerichtet, 6 cm lang, davon kommen auf das Collum $3\frac{1}{2}$ cm, $1\frac{1}{2}$ cm Wandstärke, linke Tube 9 cm, im linken Ovarium kirschgrosse Cyste. Genau innerhalb des beiderseits eingekerbten Uterus findet sich rechts vorn eine hanfkorngrosse Oeffnung, durch welche man in die Höhle des amputirten Hornes gelangt. Dieses geht unmittelbar aus dem rechten vorderen Umfange des linken Uterushalses hervor, mit seiner Insertion die gesammte Länge desselben einnehmend. Die Höhle eng, erweitert sich gegen das obere Ende des Stumpfes auf 4 cm Umfang. Wanddicke hier $2\frac{1}{2}$ cm. Rechte Niere und rechter Ureter fehlen. — Am amputirten Horn entspringt die Tube tief unten, wenig oberhalb der Amputationsstelle, 15 cm lang, lig. rotundum 4 cm lang. Corpus luteum im rechten Ovarium. Dicke der Uteruswand im untersten Theile 1,5 cm, oben plötzlich bis auf 4 mm verdünnt: hier Substanz der Wand gelblichgrau, unten blass grauroth. Diffuse kleine Eiterheerde hier in der Uterinwand. Am hinteren Umfange des Sackes eine trichterförmige Perforation mit scharf gezackten Rändern. Matsche, schmutzig graubraune, $1-1\frac{1}{2}$ cm dicke Placenta bedeckt den grössten Theil der Innenfläche des Sackes und lässt sich nur unter Substanzverlust von der Uteruswand ablösen. — Statt Decidua nur körniger Detritus durch eine breite Lage welligen Bindegewebes von der Muskulatur getrennt.

Der reife männliche Foetus verfault, vorwiegend an der Streckseite. Die grösseren Gelenke blossgelegt und grösstentheils eröffnet, Gelenkenden der Knorpel beraubt, Periost der freigelegten Knochen defect. Am Rücken Haut und oberflächliche Muskelschichten zerstört, tiefere Muskellagen und Fascien erweicht und aufgefasert, Wirbelbögen, cristae ossium ilei, Ränder der Scapulae blossgelegt, Weichtheile am Occiput fehlen, sodass die Hinterhauptschuppe und die hinteren Scheitelbeinränder vorragen. Verbindung der Schädelknochen unter einander und mit der Dura mater ganz gelöst, erstere stehen mit ihren scharfen Rändern klaffend auseinander. Dura noch als zusammenhängende Membran vorhanden, aber zerreisslich, mürbe, Hirnsubstanz ein schmutziger Brei. Weichtheile an der Beugeseite inclusive des Gesichtes verhältnissmässig gut erhalten, im gleichen Zustande wie bei intrauterin-macerirten Früchten. — Werth erörtert zum Schluss ausführlich die Indicationen zum activen radicalen Eingreifen bei Missed labour, bei Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn, die er für gefährlicher hält als eine Extrauterinschwangerschaft.

Wozu hat Litzmann den Uterus aufgeschnitten und warum nicht ohne Eröffnung amputirt, wie es im Texte gesagt wird? (N.) — Die Perforation der hinteren Wand des schwangeren Hornes dürfte wohl erst entstanden sein bei dem Herauswälzen des schwangeren Hornes durch die Bauchwunde nach aussen. Wahrscheinlich wäre, falls nicht operirt worden und die Frau länger am Leben blieb, die faule Frucht pro rectum spontan entfernt worden (N.).

278. **Wiener** (Schwangerschaft im rechten [rudimentären?] Horne eines Uterus bicornis. Retention des reifen Foetus. Exstirpation des schwangeren Hornes. Genesung.“ Arch. f. Gyn., Bd. XXVI — ref. Centr. f. Gyn. 1886, No. 21, S. 333): 29jährige II gravida vor 7 Jahren normale Geburt; letzte Regel Ende December 1883. Kindsbewegungen zuletzt gefühlt am 16. September 1884. Seitdem Mattigkeit, häufiges Frösteln, Appetitmangel, Abnahme der Brüste. Ende October heftige Schmerzen im linken Mesogastrium, 3 wöchentlicher blutig schmutziger Ausfluss. Grosser empfindlicher Tumor, Uterus links von ihm. Uterushöhle 9 cm lang. Tumor etwas oberhalb des Orif. internum gestielt vom Uterus ausgehend. Von rechts unten und aussen über dem Beckeneingang

schräg nach oben und innen zum Tumor verlaufend eine gespannte Falte, vermuthlich der obere Rand des rechten Lig. latum. Diagnose irrthümlich auf Extrauterinschwangerschaft gestellt, aber nicht mit Sicherheit ein Tumor ausgeschlossen. Bauchschnitt: der abgetragene Tumor erwies sich als das rechte schwangere Horn eines Uterus bicornis, das mit kurzem, dickem Stumpf oberhalb des inneren Muttermundes abging. In demselben fand man einen in beginnender Maceration befindlichen Foetus. Heilung. Sonde drang später 6 cm in das linke Horn ein und 1 cm in den Stumpf des rechten. Sagittal verlaufendes Septum. Einige Monate später in dem Stumpf des rechten Hornes ein 3 cm langer Canal nachgewiesen. Eine bestehende Uterinschwangerschaft war verkannt worden, weil unmöglich Kindestheile zu fühlen bei fast vollständigem Fruchtwassermangel und starker Spannung der Uteruswand. In Zukunft wird man also, auch wenn Kindestheile nicht gefühlt werden können, an Retention eines reifen Foetus in einem Horn eines Uterus bicornis denken müssen, wenn Schwangerschaftszeichen vorhanden und am rechtzeitigen Ende erfolglose Austreibungsbeschwerden dagewesen waren, wenn sich ferner ein glatter, gespannter, etwas schräg nach oben und aussen verlaufender, in seiner Form einem hochschwangeren Uterus ähnelnder Tumor findet, der, wie durch einen Stiel, mit einem vielleicht etwas vergrösserten, stark bogenförmig nach der seitlichen oder hinteren Beckenwand zu verlaufenden Uterus zusammenhängt.

W. ist der Ansicht, dass es sich hier nicht um ein rudimentäres Nebenhorn handelte, sondern um Schwangerschaft in dem Horn eines gewöhnlichen Uterus bicornis; Conception wohl auf normalem Wege erfolgt, da auch das Corpus luteum sich rechts befand. Dass man sub operatione in dem Stumpf den Canal nicht entdeckte, kam wohl daher, dass er durch deciduaartige Wucherung obliterirt war. Warum bei dieser Hornschwangerschaft keine Geburt, sondern Retention? W. sucht die Ursache in der Differenz der Wandstärke der oberen und unteren Partien des schwangeren Hornes: hier oben 4 mm, unten 18 mm, die Contractionen der oberen muskelschwachen Partien waren nicht im Stande, die dicken, muskelstarken Wände des unteren Abschnittes (resp. des Verbindungsstumpfes) zum Verstreichen zu bringen und einen für den Austritt der Frucht genügend weiten Canal herzustellen.

W. hält die operative Entfernung des schwangeren Hornes für indicirt, sobald die Diagnose der intrauterinen Fruchtretention gestellt ist, und will die intraperitoneale Methode stets wählen, sobald im Ei noch keine Fäulnisserscheinungen da sind.

Anmerkung. Beiläufig sei hier die lehrreiche Beobachtung Weil's erwähnt (Centr. f. Gyn. 1896, No. 46, S. 1161), die eine Spontanruptur des graviden Hornes bei Uterus bicornis im 9. Schwangerschaftsmonate mit tödtlichem Ausgange betrifft. 23 jährige Frau hat einmal abortirt, dann ein Kind in Steisslage geboren. Im 3. Monate der dritten Schwangerschaft wurde ein Uterus bicornis diagnosticirt mit Schwangerschaft im linken Horne. Im 8. Monate spontane Frühgeburt in Schädellage, das Kind starb nach einigen Wochen. Nach dem Wochenbett beide Uterushörner sondirt, linke Uterushöhle 7, rechte 6 cm lang. Nun vierte Schwangerschaft diesmal im rechten Horne. 14 Tage vor der erwarteten Niederkunft plötzlich Ruptur, innere Blutung, Austritt des Kindes in die Bauchhöhle, Collaps. Aether, Campher, Kochsalz, Bauchschnitt vorbereitet, aber ehe die Vorbereitungen gemacht waren, Tod. Keine Section. W. zieht den Schluss, ein praeventiver Abort oder Kaiserschnitt hätte diese Frau retten können.

D. Missed Abortion.

Es ist, wie Graefe ganz mit Recht sagt, eine Ausnahme, dass das menschliche Ei unmittelbar nach dem Tode des Foetus ausgestossen

wird und nicht die Regel. „Gewöhnlich vergeht eine kürzere oder längere Zeit, bis der abgestorbene Foetus resp. das Ei geboren wird, eine schnellere Ausstossung erfolgt nur dann, wenn die den Fruchttod herbeiführenden Momente gleichzeitig eine stark wehenerregende Wirkung auf die Uterusmuskulatur ausüben, wie z. B. ausgedehnte placentare Blutergüsse in Folge eines Traumas.“ „In der Regel vergehen mehrere Tage bis 6 Wochen, ehe die Ausstossung des Eies erfolgt.“ „Verbleibt ein Ei nach dem Absterben des Foetus noch über diese Zeit hinaus im Uterus“, so hält sich Graefe für berechtigt, von einer abnorm langen Retention desselben (missed abortion, missed labour) zu sprechen. Graefe hat in der Literatur der letzten 40 Jahre nur 58 einschlägige Fälle gefunden, schliesst daran die Aufzählung 11 eigener Beobachtungen und bespricht auf diesem Materiale fussend die Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der „Retention des menschlichen Eies im Uters nach dem Fruchttod“ in einer ausgezeichneten fleissigen Arbeit (Sep.-Abdr. aus den „Arbeiten aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynaekologie“. Festschrift, gewidmet Carl Ruge, Berlin, S. Karger). Hier sind die neuesten für die Lehre der Missed Abortion geltenden Anschauungen theoretisch und praktisch erörtert. In dem hier folgenden Verzeichniss sind die Arbeiten, welche theoretische Auseinandersetzungen enthalten, mit dem Zeichen (*) bezeichnet, siehe besonders auch die Aufsätze Liebmann's, Merttens', Ruge's, Schroeder's und v. Holst's. Diesen theoretischen Auseinandersetzungen wäre nur hinzuzufügen, dass für die Bezeichnungen missed abortion und missed labour keine deutschen Ausdrücke gleich prägnant und kurz eingeführt sind, zweitens, dass die Ausdrücke promiscue gebraucht werden zur Bezeichnung verschiedener Thatsachen.

Schroeder (Lehrb. d. Geburtshilfe, VIII. Aufl., 1884, S. 459) bezeichnet als Abortus die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft zu einer Zeit, während der Foetus noch nicht extrauterin fortzuleben im Stande ist — als partus praematurus: die Unterbrechung der Schwangerschaft zu einer Zeit, wenn der Foetus bereits einen solchen Grad der Entwickelung erlangt hat, der ihm selbstständig fortzuleben gestattet. Streng genommen müsste also missed abortion die ausgebliebene Ausstossung resp. die Zurückhaltung einer in der ersten Schwangerschaftshälfte abgestorbenen Frucht bezeichnen, und missed labour denselben Sachverhalt in der zweiten Schwangerschaftshälfte. Oldham und Clinxton haben aber die Bezeichnung missed labour eingeführt, um allgemein die Zurückhaltung der Frucht in utero zu bezeichnen. Andere wollen mit missed labour nur die Zurückhaltung der Frucht über den normalen Schwangerschaftstermin heraus bezeichnen und zwar der früher abgestorbenen Frucht, während die Zurückhaltung einer lebenden Frucht über den normalen Schwangerschaftstermin hinaus zu dem sog. Partus serotinus führt. Es herrscht eben keine Einigkeit in der Definition, streng genommen ist jede Zurückhaltung der abgestorbenen Frucht eine missed abortion ebensowohl als ein missed labour, und wäre es am besten, die beiden Ausdrücke in Zukunft als gleichbedeutend zu gebrauchen für sämmtliche Fälle von Zurückhaltung des in irgend welchem Schwangerschaftstermin abgestorbenen Eies.

Wenn Graefe erst nach mehr als 6 wöchentlicher Retention von missed abortion, missed labour sprechen will, so finde ich das inconsequent, denn die 1-, 2-, 3-, 4-, 5- und 6 wöchentliche Retention ist ganz genau derselbe Sachverhalt: Die ausgebliebene Ausstossung eines bereits abgestorbenen Eies.

Es wäre zu wünschen, sich über diese Nomenklatur zu einigen.

Ob es berechtigt ist, sämmtliche Fälle von missed abortion unter die Bezeichnung: „Fremdkörper im Uterus“ zu registriren, darüber lässt sich streiten, es kommt eben darauf an, von welchem Gesichtspunkte aus man die Sache betrachtet. Das abgestorbene Ei gehört nicht mehr in den Uterus und ist es doch darin geblieben, so bildet es eben einen fremden Körper in utero.

Von diesem Gesichtspunkte aus könnte man auch die Casuistik der verschiedenen Molenschwangerschaften in die vorliegende Zusammenstellung mit einbeziehen und müsste auch das sog. maligne Deciduom, Placentarpolypen u. s. w. berücksichtigen, jedoch würde eine derartige Zusammenstellung den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten angesichts der unendlich reichen Literatur dieser Fragen. Ich beschränke mich deshalb darauf, hier nur die folgende Reihe von Beobachtungen von missed abortion und missed labour zusammenzustellen.

279. **Abuladze:** Fall von langdauernder Retention eines Foetus im rupturirten Uterus. (Wie lange?) Vortrag in der geb. gyn. Ges. in Kijew am 7. April 1897. (Noch nicht gedruckt.)

280. **Alessandrini** (citirt in: Pilla: dell' atrofia, mumificazione e consunzione etc. Bulletino delle scienze mediche. Bologna. Maggio 1866, p. 346 — citirt nach Liebmann, l. c. p. 58): 40jährige Mehrgebärende. Beginn einer neuen Schwangerschaft Mitte April 1852. Im 5. Monat Blutung und Wehen, die aber bald nachliessen. Der Unterleib wuchs seitdem nicht mehr, wurde sogar etwas kleiner. Am 18. Januar 1853 Ausstossung eines 5monatlichen mumificirten Foetus unter starken Blutungen. Die Placenta war klein, sehr hart, die Eihäute zähe. Sie enthielten wenig Wasser. 4monatliche Retention einer 5monatlichen Frucht.

281. **Vincenz Alsario** (Roma 1627 — erwähnt in Gaz. méd. de Paris 1835, p. 508 — cit. nach Liebmann, l. c. p. 59). Ein todter 4monatlicher Foetus wird nach dem 9. Schwangerschaftsmonate ausgestossen.

282. **Lombe Athill** (Dubl. Journ. XXXVII [73], p. 246, Februar 1864 — Schmidt's Jahrb., Bd. CXXVII, S. 178 — cit. nach Liebmann, l. c. p. 59): Reposition des retrovertirten Uterus in der 16. Schwangerschaftswoche am 3. Juli. Einen Monat später Blutungen, die länger fortdauerten. Am 10. November Abortus einer 4monatlichen Frucht, die schon längere Zeit in Verwesung übergegangen war. Von den Eitheilen wird nichts gesagt. Foetus wahrscheinlich Mitte August abgestorben, es gelang seiner Zeit bei Retentio urinae erst nach 2 Tagen die Reposition des retroflectirten Uterus. 12wöchentliche Retention.

283. **Lombe Athill** (ibid): 40jährige, VII gravida. 4 lebende, 2 frühzeitig todtgeborene Kinder. Letzte Menses am 11. Juni. Erste Kindsbewegungen am 10. November. Blutung am 12. Februar. Uterus wie ein im 6. Monat gravider. Keine Herztöne, kein Uteringeräusch. Am 11. März wieder Blutung. Uterus hat nicht an Grösse zugenommen. Keine Wehen. Am 11. April Geburt des intakten Eies. Fruchtwasser weiss, milchartig. Foetus 6monatlich, als ob in Weingeist aufbewahrt. Placenta und Eihäute gesund. Kein übler Geruch. (cit. nach Graefe, l. c. p. 68) 4monatliche Retention.

284. **Audebert et Sabrazès:** Tendances prolifératives et dégénératives du placenta retenu dans la cavité utérine (Annal. de Gyn. et d'Obst., Avril 1897, p. 287) beobachteten die spontane Austreibung einer bei 3monatlichem Abort 9 Monate lang in utero retinirten, stark veränderten Placenta (50 Gramm schwer, 6½ und 2—4 cm messend). Genaue mikroskopische Untersuchung mit Abbildungen. Die Frucht scheint nach einem Sturz im 3. Monate

abgestorben und dann resorbirt worden zu sein, falls sie nicht unbemerkt abgegangen sein sollte. Die Schwangerschaft dauerte vom September 1895 bis September 1896 und sind im Februar 1896 einmal einige Blutstropfen abgegangen. Verfall der Kräfte, Erbrechen etc. in der Schwangerschaft, aber keine uterinen Beschwerden. Nach Ausstossung der Placenta unter Syncope und Blutung rasche Erholung. Keinerlei Zersetzung oder Geruch. Folgen Bemerkungen über das Epithelioma ectoplacentare, Deciduoma malignum, die Metastasen selbst nach totaler Exstirpation des Uterus etc. A. u. S. verlangen sofortiges Evidement des Uterus bei einmal gestellter Diagnose der Retention um vorzubeugen den Gefahren 1⁰ der Blutung, 2⁰ der Infection, 3⁰ der malignen Degeneration.

290. **D'Avanzo** (siehe Pilla, l. c. p. 350): Der am Schwangerschaftsende ausgestossene Foetus entsprach seiner Entwickelung nach dem 4. Monate und war im höchsten Grade mumificirt. Die relativ viel grössere Placenta war fleischig, an ihrer uterinen Fläche wenig verändert, an der Foetalfläche zeigten sich Spuren einer beginnenden Verwesung. 4monatlicher Foetus am Schwangerschaftsende ausgestossen.

291. **S. F. Backer** (Philad. med. and surg. Report. XXXVI, Heft 6 — ref. Schmidt's Jahrb., Bd. 177, S. 255 — cit. nach Graefe, l. c. p. 69): 42jährige Multipara. Letzte Regel vor 8 Monaten. Mit Ende des dritten Monats Aufhören der Leibeszunahme, Erschlaffen der Brüste, Verschwinden anderer Schwangerschaftszeichen. Von da ab stets leidend. Am 3. Tage nach Sondirung Weheneintritt und Ausstossung eines $3\frac{1}{2}$monatlichen Eies, stark macerirt, aber ohne fauligen Geruch. Placenta an der mütterlichen Seite glatt, glänzend wie polirtes Leder, geschrumpft, sehr blutarm.

292. **Balin** („Ein Fall von »missed abortion«." Centr. f. Gyn. 1890, No. 14, S. 237): Fünfmonatliche Retention einer mumificirten, im 4. Monate abgestorbenen Frucht. Angeblich hat die Frau schon dreimal unter identischen Verhältnissen abortirt, es wurde jedesmal nach 8monatlichem Ausbleiben der Menses ein etwa 4 Monate alter mumificirter Foetus ausgestossen. — 29jährige, VI-gravida, 3 Geburten, 2 Aborte. Letzte Geburt vor 2 Jahren. Nährte seitdem 20 Monate. Uterus entspricht dem 4. Monate. Menses auch nach dem Absetzen des Kindes 8 Monate ausgeblieben. Ausstossung des Eies am Tage nach der Untersuchung. Kein Fruchtwasser trotz geschlossenem Fruchtsackes. Foetus blass, trocken, geschrumpft, mumificirt. Placenta klein, dünn, hart, trocken.

293. **Barnes** (Med. chir. Transact. 1851 — cit. in Schmidt's Jahrb. Bd. LXXIV, S. 52 — siehe Liebmann, l. c. p. 57) theilt einen Fall von Bartlett mit, in welchem die Schwangere eine heftige Erschütterung im dritten Schwangerschaftsmonate erlitt. Die Geburt erfolgte im 9. Monate. Der Foetus hatte die Entwickelung einer 4monatlichen Frucht, war aber ohne Spur von Fäulniss (mumificirt?), die 1" dicke Placenta war von ungewöhnlich knotiger Beschaffenheit und gelber Farbe, die fettige Entartung erstreckte sich auf das ganze Organ (vielleicht Lues?).

294. **Barnes** (Transact of the Obst. Soc. of London 1871 — siehe Schmidt's Jahrb., Bd. CLIV, S. 243 — cit. nach Liebmann, l. c. p. 61): Bei einer Mehrgebärenden gingen im 3. Monate der Schwangerschaft von Zeit zu Zeit fötale Knochen und Knochenstücke ab. Nach Ablauf der ganzen Schwangerschaftsperiode wurde nach einigen Wehen die Placenta mit dem Reste darin eingebetteter Kindesknochen aus-

getrieben. Die Placenta hatte die dem 3. Monate entsprechende Grösse und bot keine Spur von Fäulniss dar.

295. **E. Blanc** (Soc. obst. et gyn. de Paris, J. XII, 1892): 1. Nachdem bei einer IV-gravida die Menses 2 oder 3 Monate ausgeblieben waren, traten in den nächsten Monaten in regelmässigen Intervallen Blutungen ein. Uterus so gross wie ein 3 Monate gravider. Nach weiteren 6 Monaten plötzlich Wehen und Blutungen, Ausstossung einer faustgrossen Mole, welche einen $2\frac{1}{2}$ monatlichen Foetus enthielt (cit. nach Graefe, l. c. p. 72).

296. 2. 44jährige, II-gravida. Erste Geburt vor 24 Jahren. Letzte Menses April. Kindsbewegungen zuerst am 15. September gefühlt. Nach einem Monat Aufhören derselben. Darnach Abnahme des Leibes. Alle 14 Tage blutiger Ausfluss. Mit dem Aufhören der Kindsbewegungen werden die Brüste stärker. Um den Nabel und nach links blasendes Geräusch, das am 15. September verschwunden. Jetzt Oedem der unteren Extremitäten. 3 Monat später im Juli Abort. (Foetus für sich in den Eihäuten, dann Placenta.)

297. **Bompiani** („Retention des Foetus im Uterus." Annali di Ostetr. 1886 — ref. Centr. f. Gyn. 1886, No. 45, S. 743): Eine V-gravida mit grossem submucösen Myom der vorderen Uteruswand stiess am rechtzeitigen Schwangerschaftsende einen 9 cm langen Foetus aus, der die gewöhnlichen Charaktere des Foetus compressus zeigte. Die Placenta ging ab, scheint aber in Form von Detritus durch die vielen intrauterinen Einspritzungen ausgespült worden zu sein. Befinden gut, in den späteren Monaten starke Blutungen durch subcutane Injectionen von Citras ferri günstig beeinflusst.

298. **Breuss** (Centr. f. Gyn. 1889, No. 7, S. 116): Abort 11 Monate nach Schwangerschaftsbeginn: das Ei entsprach einer 3 monatlichen Schwangerschaft, zeigte eine deutliche Placentaranlage, keinerlei Hämorrhagien, hochgradige Endometritis tuberosa an der Reflexa und einen 1 cm langen Embryo an 3 cm langer Nabelschnur.

299. **Brugnoli** (Bullet. delle sc. mediche 1866, Marzio, p. 362 — cit. nach Liebmann, l. c. p. 59): Bei einer Dame hatten sich mehrere subjective Schwangerschaftszeichen gezeigt, die aber nach 3 Monaten verschwanden. Einige Zeit später starb ihr Mann, und 4 Monate darauf erfolgte die Ausstossung einer 3 monatlichen mumificirten Frucht. Es entstanden nun Zweifel über die Legitimität dieser Schwangerschaft und Brugnoli's Ausspruch lautete dahin, dass der Tod des Embryo zur Zeit des Aufhörens der subjectiven Schwangerschaftsphänomene erfolgt und dass die Frucht todt im Uterus bis zum normalen Schwangerschaftsende zurückgehalten worden sei.

300. **Bruno** (Fall von 13 monatlicher Schwangerschaft mit schliesslicher Ausstossung einer Blasenmole — Wracz 1889, p. 1133).

301. **Budin** (Annales de gyn. Nov. 1892, XXXVIII — cit. nach Graefe, l. c. p. 71): Letzte Menses vor 11 Monaten; wiederholte und anhaltende Blutungen. Künstlicher Abort, Ei wiegt 300 Gramm. Kein Foetus, keine Amnionflüssigkeit. Amnion nach der Eihöhle durch coagulirtes Blut mit 12 birnförmigen Tumoren vorgebuchtet.

302. **Buzzell** — siehe No. 79 dieser Casuistik.

303. **Cantieri** („Ausstossung eines macerirten Foetus." Sperimentale 1884, Nov. — siehe Centr. f. Gyn. 1885, p. 206): 39 jährige Frau, hatte 9 mal geboren und 4 mal abortirt, war hochgradig hysterisch, hatte viele schwere Krankheiten und 7 Anfälle von Gelenkrheumatismus durchgemacht, davon einer mit Gehirnaffection complicirt (Lähmung der Beine, Blase etc.). Letzte Regel am 7. Juli, am

18. August spärliche Blutung, später die verschiedensten Beschwerden. Man dachte nicht an Schwangerschaft, hielt den Uterus für eine Ovariencyste und punktirte ihn mit Pravaz's Spritze: seröse, trübe, nicht eiweisshaltige Flüssigkeit. Mitte December remittirendes Fieber, einige Tage später blutiger Ausfluss aus der Scheide. Am 26. December fingen an macerirte Fruchttheile abzugehen, an dem darauffolgenden Tage die verschiedenen Knochen eines viermonatlichen Foetus, später auch einige Knochen mit Weichtheilen bedeckt. Diese Weichtheile zeigten die Erscheinungen der Maceration, nicht der Fäulniss. Fieber mässig, abwechselnd mit vollständiger Apyrexie. Mit den letzten Knochen wurde auch recht viel Blut verloren. Zuletzt 30. December die vollkommen frische und unversehrte Placenta ausgestossen. Die Frau erholte sich trotz schwerer Parametritis, Phlegmasia alba.

304—306. **Chenevière** („Retention abgestorbener Früchte im Uterus" Revue de la Suisse Romande — ref. Centr. f. Gyn. 1886, No. 41, S. 679): V. theilt 3 Fälle mit aus dem Grunde, weil Schröder behauptet, dass eine Retention der Frucht über den Termin der Schwangerschaft hinaus sehr selten sei.

1. 26jährige II-gravida bekam im 5. Monat plötzlich eine heftige Blutung, die nach einiger Zeit ohne Abort stand. Die Bewegungen sistirten, Leib wuchs nicht mehr. Am Schwangerschaftsende keine Geburtszeichen, Uterusgrund zwischen Nabel und Symphyse, keine Kindstheile per vaginam zu fühlen. Bald trat die Menstruation wieder ein. Um sich zu vergewissern, sondirte Ch. Sonde ging 8—9 cm ein. Wehen kamen jetzt und stiessen eine macerirte Frucht aus von 16 ½ cm Länge. Normales Wochenbett.

2. 33 jährige V-gravida, man fühlte in der Hälfte des 6. Monates Kindestheile, aber weder Bewegungen noch Herztöne da. Nach 2 Monaten hatte sich der Uterus wieder verkleinert. Da die Frucht bestimmt abgestorben war, Sonde, bald darauf Wehenbeginn und Wasserabgang und nach 2 Tagen Ausstossung einer 27 cm langen macerirten weiblichen Frucht. Placenta manuell gelöst, Uterus curettirt, normales Wochenbett.

3. 34 jährige II-gravida bekam im 3. Monat einen hysteroepileptischen Anfall, welcher seither fast immer zur Zeit der Menstruation eingetreten war. Nach Ablauf der Schwangerschaft consultirte sie C. Ueberall Tympanie, Nabelumfang 110 cm. Kindesbewegungen sollen fortwährend vorhanden sein. Uterus leicht vergrössert, Sonde brachte bloss einige Blutstropfen hervor. Darauf Abgang von Blut, und am 3. Tage wurde ein taubeneigrosser Sack ausgestossen. In der Eihöhle wenig Flüssigkeit und eine 1 ½ cm lange Frucht nebst Resten eines blutigen Extravasats. Normales Wochenbett.

307 u. 308. **Chosmogotoff** (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXII. Bd., Heft 2 — siehe Centr. f. Gyn. 1892, No. 21, S. 408: „2 Fälle von »missed abortion«.") Im 1. Falle wurde eine im 4. Monate abgestorbene Frucht erst 11 Monate nach Beginn der Schwangerschaft ausgestossen. Foetus und Adnexe frisch. Im 2. Falle eine 3monatliche Frucht 2 Monate nach Absterben ausgestossen, aber Kind und Nabelschnur wurden nicht gefunden.

1. 20 jährige III-gravida. Partus und Puerperien normal. Letzte Regel 6.—11. August. Ende December blutig gefärbter Aussfluss 2 Wochen lang. Gleichzeitig Abfall der Brüste. Vom 7. Juni zeitweis blutiger Ausfluss. Die vorher circa mannskopfgrosse Gebärmutter hat an Umfang abgenommen, ist fester geworden. Portio weniger weich wie früher. Am 27. Juli nach heftigen Wehen Ausstossung des Eies in toto. Foetus mumificirt, Placenta rund, dünn, blutleer.

2. 21jährige II-gravida. Eine Frühgeburt im 8. Monate. Letzte Regel 10. bis 12. September, von da ab Hyperemesis. Ende November Corpus uteri apfelsinengross. Am 18. December blutig gefärbter Ausfluss. Am 21. December Uterus kindkopfgross; 3 Wochen später nicht grösser, Consistenz aber fester. Am 5. März Ausstossung des 11 cm langen Eies.

309. **Fl. Churchill** (Dubl. med. Journ. LXI. Aug. 1870. [Schmidt's Jahrb. 1876, Bl. 181, S. 174 — cit. nach Graefe, l. c. p. 66]): Multipara, chronische Endometritis. Regel 2 bis 3mal ausgeblieben, dann öfters wiederholte Blutung. Drei Monate später nach Ergotin ein maceriertes Ei ausgestossen. Foetus etwa 3 Monate alt, 3 Monate retinirt.

310. **Clair** (Bullet. de thér. T. XXI, p. 246 — Schmidt's Jahrb. Bd. XXXIV, S. 67): Ausstossung eines 2½ monatlichen Foetus sammt der ihm zugehörigen frischen Nachgeburt 8 Tage nach der Geburt eines reifen Kindes mit normaler Placenta.

311. **W. Duncan** („Case of missed abortion, in which an early embryo in the amniotic sac was retained in the uterus for eight months". Transact. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVII, p. 196). 27jähr. seit 1 Jahre verheirathete I-gravida. Letzte Regel Mai 1894. Im Mai des folgenden Jahres Uterus faustgross. Vier Tage nach Untersuchung stieg die Temperatur auf + 39,8° C. Narkose. Cervixdilatation nach Hegar. Das enteneigrosse Ei lag frei in der Uterushöhle und wurde extrahirt. Decidua theilweise cystisch entartet.

312. **Eberhardt** (cit. n. Graefe, l. c. p. 74). 32jähr. IV.-para. Ein lebendes, ein todtes Kind, ein Abort im 3. Monat. Jetzt 5 Monate schwanger. Uterus entsprach aber nur dem 3. Monate. Letzte Regel Ende Februar. Blutung seit 14 Tagen, anfangs stark, später gering. Patientin klagt über Mattigkeit, Kreuzschmerzen. Laminariastifte an 2 aufeinanderfolgenden Tagen eingelegt. Blase gesprengt, Extraction der vorliegenden mumificirten Frucht, digitale Lösung der Placenta. Fiberfreier Verlauf.

313. **Fallis** („Expulsion of the ovum entire, late in pregnancy". Weekly M. Rev. St. Louis 1890, XXI).

314. **Field** (Boston med. Journ. Sept. 1881, p. 523) sah nach Sondirung des Uterus die Ausstossung einer Frucht erfolgen, die vor einem Jahre im 3. Monate abgestorben war.

315. **Fruitnight** (Amer. Journ. of Obst. 1884, January, p. 50 — s. Centr. f. Gyn. 1884, No. 25 — s. Graefe, l. c. p. 68). Im 3. Monate Schreck, dann Blutung 2 Tage lang. Wiederholung nach einigen Tagen. 7 Monate nach Beginn der Schwangerschaft Ausstossung einer 3monatlichen Frucht, die zusammengedrückt ist. Ihr Gewebe brüchig, Haut pergamentartig, dunkelbraun. Eingeweide der Brust- und Bauchhöhle freiliegend. Keine Spur von Fäulniss. Placenta hart, trocken, gelblich. An ihrem Rande ein grosses, farbloses Blutgerinnsel.

Galbiati (Osservatione medico — Gaz. méd. de Paris 1835, p. 304 — citirt nach Liebmann, l. c. p. 58) theilt 3 Beobachtungen mit:

316. a) Mehrgebärende im 7. Schwangerschaftsmonate. Austreibung einer 10—12wöchentlichen mumificirten Frucht, die an einer degenerirten, frischem fleischähnlichen Placenta hing und ohne Blutung geboren wurde.

317. b) Mehrgebärende: Geburt eines 3monatlichen Foetus in der 34. Woche mit denselben Erscheinungen.

318. c) Erstgebärende: Geburt eines 2monatlichen Foetus im 7. Monat. In allen 3 Fällen hatten öfter Blutungen während der Schwangerschaft stattgefunden.

319. **Gimelle** (s. Osservatione medico — erwähnt in der Gaz. méd. de Paris 1835, p. 598 — cit. nach Liebmann, l. c. p. 58): Mehrgebärende, Blutung nach einem Sturze im 4. Monate der Schwangerschaft. Ausstossung der mumificirten Frucht im 9. Monate. Die Placenta war frisch und entsprach dem rechtzeitigen Schwangerschaftsende.

Graefe („Ueber Retention des menschlichen Eies im Uterus nach dem Fruchttode" — Sep.-Abdr. aus der Festschrift, gewidmet Carl Ruge. Berlin 1896, S. 75 u. ff.) hat 11 eigene Beobachtungen beschrieben.

A. Ohne mikroskopische Untersuchung.

320. 1) 30jährige IV-gravida hat stets sehr grosse Kinder geboren. Letzte Geburt spontan vor 3 Jahren. Letzte Regel 1. Oktober 1888, nach 6 Wochen Uebelkeiten und Erbrechen 6 Wochen lang. Glaubt Bewegungen bis kurz nach der Hälfte gefühlt zu haben. 17. April 1889 Uterus flach, einem 4 Monate schwangeren entsprechend. Gleicher Befund am 2. Mai. Schwere Melancholie der Frau, die durchaus Befreiung von der todten Frucht verlangt. Am 6. und 7. Mai Cervixtamponade mit Jodoformgaze und Scheidentamponade. Da weder Erweiterung noch Wehen am 8. Mai 6 Laminariastifte. Darnach leises Ziehen. Finger dringt später in das Cavum uteri ein; digitale Lösung des Eies, welches dabei platzt. Keine erhebliche Blutung. Stückweise Entfernung der Eihäute mittels Kornzange. Das Ei scheint zum grösseren Teil aus festen, ganz blassen Placentargewebe zu bestehen. Foetus nicht zu finden. Geringe Blutung, fieberlose Genesung.

321. 2) 35 Jährige, seit 14 Jahren verheirathete VIII-gravida, 2 Aborte. Letzte Geburt vor 3 Jahren. Letzte Regel 23. Mai 1888. Im November desselben Jahres croupöse Pneumonie; anschliessend an dieselbe Empyem, welches am 26. December operirt wurde. Uterus reichte damals bis zum Nabel. Ende Januar 1889 wurde die Kranke mit einer kleinen Fistel entlassen und gab an, ihr Leib habe sich in der Zwischenzeit verkleinert. 13. April 1889 Untersuchung: Uterus gleich einem 4monatlichen und weich und schlaff. Am 14. April Abends Wehen, Blutabgang, Schüttelfrost, Fieber, um 1 Uhr Morgens plötzlich Ausstossung eines intakten Eies, aus dem sich bei Eröffnung etwas nicht übelriechendes Fruchtwasser ergiesst. Foetus wohl erhalten, nur etwas geschrumpft. Placenta flach, blass, fest. Temperatur 7 Stunden nach Ausstossung des Eies subnormal, stieg nicht wieder an. Glatter Wochenbettsverlauf.

322. 3) 31jährige 4 Jahre verheirathete VI-gravida, zuletzt vor 2 Jahren entbunden, nährte damals $^1/_2$ Jahr. Letzte Regel Anfang Januar 1889. Im Juni 3 Wochen lang geringer Blutabgang, zeitweise Wehen und Fröste. 23. August: Uterus wie im 4. Monat schwanger. Schwindel beim Bücken, Kopfschmerz, Mattigkeit, gelblicher, manchmal blutig gefärbter Ausfluss. 25. September Abort unter starker Blutung. 3monatlicher Foetus gut erhalten, aber schlaff. Placenta grösser als normal, musste unter Narkose gelöst werden, ausserordentlich fest, stellenweise knorplig, blass. Fieberloses Wochenbett.

323. 4) 36jährige V-gravida, zuletzt vor 2 Jahren entbunden. Letzte Regel Anfang December 1892, Am 25. Januar 1893 2tägige schwache Blutung, die sich nach 8 Tagen wiederholt. Seitdem zeitweise wehenartige Schmerzen. 8. Februar ein verdicktes hochgradig retroflectirtes Corpus uteri gefunden. Dasselbe anteflectirt, durch Pessar zu erhalten, gelang nicht. Im Februar abermals 3tägige schwache Blutung. 20. April schwacher Blutabgang, 20. Mai heftige Wehen. Abgang einer kaum mehr als daumengrossen geschrumpften Mole. Genesung.

B. Mit mikroskopischer Untersuchung.

324. 5) 35jährige VI-gravida. Geburten und Wochenbetten stets normal, zuletzt vor 2 Jahren. Letzte Regel Anfang Februar. Am 5. Mai geringe Blutung, welche von da ab mit höchstens eintägiger Unterbrechung anhielt. Am 31. Mai ergiebt die Untersuchung einen auffallend weichen, schlaffen Uterus von der Grösse eines im 3. Monate schwangeren. Am 3. August nach nochmaliger Untersuchung am Morgen und Inaussichtnahme des künstlichen Aborts für den nächsten Tag leichte und schnelle spontane Ausstossung des circa gänseeigrossen intakten Eies. Der Foetus misst bis zum Schwanzende 8 mm und schwimmt in ziemlich reichlichem Fruchtwasser.

Mikroskopischer Befund: In dem noch vorhandenen schmalen Streifen Serotina finden sich normale, blutgefüllte Gefässe. Sie ist spärlich mit Leukocyten durchsetzt. Nekrosen finden sich in ihr nicht, wohl aber in der Reflexa. Die theils ovalen, theils rundlichen Deciduazellen sind von den Chorionzotten durch einen fortlaufenden, in seiner Breite etwas wechselnden Fibrinstreifen getrennt.

Die grosse Mehrzahl der Zellen tauchen frei in die intervillösen Räume. Verhältnismässig wenige sind von kanalisirtem Fibrin umgeben.

Das Zottenstroma besteht zum grössten Theile aus einem straffen, aber kernreichen Bindegewebe. Nur an einzelnen Zotten ist es kernarm. Das Syncytium ist gut erhalten; an nicht wenigen Stellen sog. Epithelknospen. Das Ektoderm fehlt an vielen Zotten ganz, an anderen sind noch mehrere Zotten aneinandergereiht zu sehen. Manche derselben sind polygonal, andere mehr rundlich, wieder andere abgeflacht.

Das Chorion ist gefässlos. Nur in wenigen Ernährungszotten finden sich oblitestrirte Capillaren, zum Theil mit intensiv dunkel gefärbten Kernmassen ausgefüllt.

Auch ausserhalb der Serotina zeigt die Decidua zahlreiche Längs- und Querschnitte von Gefässen, welche mit gut erhaltenen Blutkörperchen gefüllt sind; an anderen Stellen sind sie völlig obliterirt oder ihr Lumen stark verengert. Unmittelbar über der Trennungsschicht oder etwas oberhalb derselben finden sich einzelne nekrotische Herde von verschiedener Ausdehnung.

Das Stroma des Chorion laeve verhältnissmässig kernarm; die Kerne selbst aber gut gefärbt. Das Syncytium ist erhalten, streckenweis auch blasse Ektodermzellen unter demselben. Das Amnionepithel zeigt überall gute Kernfärbung.

Die spärlichen Zotten sämmtlich gefässlos. An der Mehrzahl derselben das Syncytium erhalten. Das Stroma durchweg kernarm, in manchen Zotten hyalin degenerirt.

325. 6) Frau Sch., 29jährige, II-gravida. Erster Partus vor $1^3/_4$ Jahren, Puerperium normal. Letzte Menses, welche sonst ganz regelmässig gewesen waren, im Juni normal. Seit August zeitweise geringe Blutung von $^1/_2$ stündiger Dauer. Untersuchung am 29. Januar ergiebt: Uterus weicher, wie normal, von der Grösse eines im 2. Monat schwangeren. Einlegen eines Laminariastiftes am Morgen des 30. Januar. Nachmittags und Nachts schwere Wehen. Am folgenden Morgen Cervikalkanal bequem für einen Finger durchgängig. Das Ei lässt sich ziemlich leicht von der Uteruswand abschälen. Nicht unerhebliche Blutung steht auf Injectionen von Tinct. Jodi.

Das ungefähr hühnereigrosse Ei entleert nach Aufschneiden dermoid-ähnlichen Inhalt. Kein Foetus zu finden. Nach der Höhle hin wölben sich zwei alte Blutergüsse, vom Amnion bedeckt, in der Grösse einer grossen Bohne vor. Decidua macht den Eindruck, als ob sie verfettet wäre.

Mikroskopische Untersuchung: Die Deciduazellen durchweg gut erhalten. In der Serotina zahlreiche grössere und kleinere Gefässe. Hier und da findet sich ihre Umgebung mit Leukocyten durchsetzt, aber keineswegs nur diese (?). Vielmehr finden sich jene überall in der Decidua in wechselnder Anhäufung; an manchen Stellen ist die Infiltration eine sehr dichte. Auch mehr oder minder ausgedehnte Nekrosen kommen vor. Die Entwicklung der Zotten ist stellenweis eine spärliche, diese selbst hier klein. An anderen Stellen sind sie auffallend gross. In der grossen Mehrzahl ist das embryonale Schleimgewebe in Bindegewebe von wechselndem Kernreichthum umgewandelt. Nur wenige sind hyalin degenerirt. Diese letzteren sind meist völlig von kanalisiertem Fibrin umgeben. Freie intervillöse Räume finden sich nur spärlich, meist in der Nähe des Chorion, wo sie auch noch mit Blut gefüllt sind. Sonst sind die Zotten in kanalisirtes Fibrin

eingebettet. In diesem wieder befinden sich überall, sowohl dicht an der Serotina, wie auch nach dem Chorion zu zahlreiche Inseln von Ektodermzellen oder einzelne solche.

Das Syncytium der Zotten ist, abgesehen von den hyalin degenerirten, an welchen es fast durchweg zu Grunde gegangen ist, stellenweis sehr gut erhalten, an manchen, besonders den in kanalisirtem Fibrin eingebetteten, stark abgeflacht und nur blass gefärbt. Hier und da finden sich unter ihm noch Ektodermzellen mit stark tingirtem, etwas geschrumpftem Kern.

In einzelnen der grösseren Stammzotten begegnet man einem oder mehreren obliterirten Gefässen. Auch hier ist das Lumen durch Anhäufung dunkler Kernmassen verschlossen. Auch kleine, rundliche, homogene Felder sind wohl als Rest von Gefässen anzusehen. Im Chorion fehlen solche vollkommen. Das Stroma des letzteren ist gleichfalls fibrös degenerirt; sein Syncytium gut erhalten; desgleichen das Amnionepithel.

326. 7) Frau D., 38jährige, seit 6 Jahren verheirathete IV-gravida. Erster Partus normal; lebendes Kind. Zweiter P.: Frühgeburt im 8. Monat. Kind todtfaul. Dritte Entbindung schwerer Forceps. Kind angeblich während der Geburt gestorben. Ehemann früher syphilitisch. Menses stets regelmässig; letzte Ende Januar. Im 2. Monat geringe Blutung. Im Mai wehenartige Schmerzen. Ende Juni geringer Blutabgang. Untersuchung am 29. Juni ergiebt einen Uterus von ungefähr der Grösse eines im 4. Monat schwangeren; weich, schlaff. Am 3. Juli Laminaria. In der Nacht darauf heftige Wehen. Nach Entfernung der die Vagina tamponirenden Gaze findet sich das geborstene Ei in der Scheide, zwei etwas geschrumpfte Foeten aus dem 3. Monat enthaltend. Die Placenta weich, grauweiss.

Mikroskopische Untersuchung: Die Zellen der Serotina fast duchweg gut erhalten. Sie ist zum grösseren Teil spärlich von Leukocyten durchsetzt. In der Trennungsschicht liegen diese dichter zusammen, so dass stellenweise das Gewebe durch sie verdeckt ist. Hier und da nekrotische Herde mitten in der Serotina, zum Theil fern von Gefässen, zum Theil in unmittelbarer Umgebung solcher und zwar kleiner Vasa nutrientia. Die Serotina sehr gefässreich. Die Mehrzahl der Gefässe von normaler Beschaffenheit; einzelne mit stark verdickter Wandung, anscheinend in Folge von Hypertrophie der Adventitia. Nur wenige obliterirt.

Die intervillösen Räume, welche von der Serotina durch einen schmalen Fibrinstreifen getrennt sind, zum grössten Teil frei, zum geringeren und zwar besonders da, wo die kleineren Zotten näher aneinander liegen und mehr nach dem Chorion zu, mit Fibrin ausgefüllt; in diesen an vielen Stellen Kalkablagerungen. Die in den anderen Präparaten beobachteten Ektoderminseln sind in diesem Präparat sehr spärlich, sonst ausschliesslich in der Nähe der Serotina.

An der Mehrzahl der Zotten erscheint bei oberflächlicher Betrachtung nur das Syncytium erhalten. Dasselbe besteht aus flachen, vielfach sehr dicht an einander gereihten, intensiv mit Hämalaun gefärbten Kernen. Dass aber auch das Ektoderm, wenigstens stellenweis vorhanden ist, erkennt man besonders an Zotten, an welchen etwas vom Stroma ausgefallen ist. Hier sieht man, dass unter dem Syncytium eine allerdings öfter unterbrochene Reihe grosser polygonaler Zellen sich befindet, welche sich besonders durch den grossen bläschenförmigen Kern charakterisiren. Das Zottenstroma in sehr kernreiches Bindegewebe umgewandelt. Das des Chorion ist eigenthümlich gequollen, kernarm; die dicht über dem auch hier gut erhaltenen Syncytium gelegenen Partien durch bandförmige Streifen von den höheren abgesetzt, welch' letztere kaum noch eine zellige Zusammensetzung erkennen lassen. In den ersteren finden sich einige sich deutlich von der Umgebung abgrenzende dichte ovale Kernanhäufungen, die Reste obliterirter Gefässe. Auch in einigen Stammzotten sind solche noch sichtbar. Dagegen lassen sich nur in sehr vereinzelten Ernährungszotten ein oder zwei obliterirte Capillaren nachweisen.

327. 8) VI-gravida: vier normale Geburten und Wochenbetten. Ein Abort in der 6. Woche vor 3 Jahren. Letzte Regel August 1893. Bald darauf subjective Schwangerschaftsbeschwerden. Nach 4—7 Wochen geringer Blutabgang, nach 13 Wochen heftige Blutung. Untersuchung am 18. October ergiebt einen wie im 2. Monat vergrösserten weichen Uterus. Am 11. April 1894 ist der Befund insofern verändert, als der Uterus jetzt ungefähr die Grösse eines 3 monatlich schwangeren hat. Da in den letzten 2 Monaten wiederholt Schüttelfröste aufgetreten sind und das Allgemeinbefinden der Patientin (Mattigkeit, Appetit-

mangel, heftige Leibschmerzen) sehr gelitten hat, so wird am 11. April Laminaria eingelegt. Nach einigen Stunden leichte Wehen. Am folgenden Tage ist der Cervikalkanal für einen Finger gut durchgängig. Das hauptsächlich im Fundus adhaerente Ei lässt sich digital leicht losschälen und dann extrahiren. Darnach starke Blutung, welche auf kalte Lysolausspülung des Uterus nicht steht. Jodoformgazetamponade des letzteren, welche am folgenden Tage entfernt wird. Auch in den nächsten 4 Tagen noch ziemlich reichlicher Blutabgang. Tuberculöser Verlauf. Entlassung am 11. Tage nach Entfernung des Eies. — Sowohl der dem III. Monate entsprechende Foetus wie die flache, feste Placenta und die Eistücke gleichmässig gelbbraun gefärbt.

Mikroskopische Untersuchung: Von der Serotina war nur ein schmaler Streifen vorhanden, Die denselben bildenden Diciduazellen, theils oval, theils spindlig, sind scharf contourirt, desgleichen ihr bläschenförmiger ovaler Kern. / Die Serotina spärlich mit Leukocyten durchsetzt, nur an der Trennungsfläche liegen sie dichter gedrängt. Erstere bedeckt von einem schmalen Fibrinstreifen (Nitabuch'schen). Diesem angelagert an vielen Stellen, aber auch weit ab von ihm, sogar in der Nähe des Chorion, Haufen von Ektodermzellen, gleichfalls scharf contourirt, theils rundlich, theils polyedrisch mit einem Kern, welcher dunkler gefärbt ist, wie der der Deciduazellen. Diese Haufen sind in kanalisirtes Fibrin eingelagert, welches sie von den intervillösen Räumen bezw. von einigen in ihrer Nähe liegenden Zotten trennt. Erstere angefüllt mit zum Theil gut erhaltenen, zum Theil in Zerfall begriffenen rothen Blutkörperchen, zum Theil mit körnigen Massen, wahrscheinlich bei der Fixirung geronnenem Plasma.

Manche Zotten tauchen frei in die intervillösen Räume; andere sind von einem mehr oder minder dichtem, ihren Contouren folgendem Mantel von kanalisirtem Fibrin umgeben. Während von den letzteren das Syncytium fast durchweg verloren gegangen ist, ist es an den ersteren, wenn auch meist stark abgeflacht, erhalten. Hier und da finden sich unter demselben einzelne oder mehrere aneinander gereihte polyedrische Ektodermzellen. An manchen Zotten sogenannte Epithelknospen.

Das Zottenstroma ist in ein festes, mehr weniger kernreiches Bindegewebe umgewandelt. In einzelnen der völlig von Fibrin umgebenen Zotten ist es dagegen kernarm. Einige der letzteren, welche allerdings sehr klein sind, hyalin degenerirt. Offene Gefässe sind in keiner einzigen Zotte nachzuweisen. Als Reste derselben sind einige circumscripte Kernanhäufungen in wenigen der grösseren Zotten zu betrachten. Wenigstens finden sich ähnliche im Chorion, bei welchem es sich unzweifelhaft um obliterirte Gefässe handelt. Denn einige derselben sind von einer deutlichen, sogar hypertrophischen Muscularis umgeben. In nur sehr wenigen der Ernährungszotten kleine, rundliche Gebilde von circulär angeordnetem Bindegewebe umgeben, deren Lumen von dicht aneinander gelagerten dunklen Kernmassen angefüllt ist, obliterirte Capillaren. Kalkablagerungen, welche von anderer Seite als verkalkte Zottencapillaren angesehen worden sind, finden sich vielfach, aber nicht in den Zotten selbst, sondern in dem sie umgebenden Fibrin.

Das Bindegewebe des Chorion stellenweis sehr kernreich, meist von normaler Beschaffenheit. Es ist durchsetzt von massenhaftem Blutpigment. Ausser obliteriten finden wir merkwürdiger Weise auch noch offene Blutgefässe. Das Zottenstroma theils bindegewebig, theils myxomatös, theils hyalin degenerirt. An den bindegewebig degenerirten Zotten, sowie am Chorion findet sich noch stark abgeflachtes Syncytium; an den anderen fehlt es. Von einer ektodermalen Bekleidung des Zottenstromas ist hier nichts mehr zu finden. Dagegen sind zahlreiche Haufen von Ektodermzellen, deren einzelne Elemente sehr gut gefärbt und scharf contouriert sind, zwischen die Zotten und das sie umgebende Fibrin eingelagert. Auch die Deciduareste sehr gut erhalten, desgleichen das Amnion und sein Epithel. Kerne des letzteren sehr gut gefärbt.

Deutliche Kernheilungsfiguren in keiner der verschiedenen Zellarten zu finden.

328. 9) 36 jährige seit 13 Jahren verheirathete VII-gravida; frühere Geburten und Wochenbetten normal. Nur die letzte war eine Frühgeburt im 8. Monat und soll die Frucht bereits im 4. Monat abgestorben sein. Letzte Regel 10. Januar. Patientin meldet sich am 3. Mai, weil sie seit 3 Wochen blute, am Tage zuvor stark. Klagt über Ziehen im Kreuz und Mattigkeit. Retroflexio uteri gravidi incarcerati (M. IV?). Reposition in Knieeellenbogenlage. Hodge-Pessar. 7. Juni Allgemeinbefinden gut, es soll grauer Schleim abgehen. Uterus anteflectirt, hat sich scheinbar vergrössert, Hodge entfernt. Bis zum 5. August Euphorie, dann starke Blutung. Wattetamponade der Scheide.

Bald darauf heftiger Schüttelfrost. Am folgenden Tage erneute Blutung und Tamponade. Mit + 39,4 ^{0} C. aufgenommen, Uterus retroflectirt, incarcerirt, druckempfindlich. Cervix offen, Finger stösst links oberhalb des Muttermundes auf Placentargewebe. Cervix und Scheide tamponirt, Abends neue Blutung, Tamponade, am nächsten Tage gehen 2 Finger ein. Ei digital gelöst, das zum grössten Theil aus Placentargewebe zu bestehen scheint. Oberfläche sagoartig, derb, gelblich. Nach seiner Eröffnung präsentiren sich 4 etwa haselnussgrosse und eine ganze Menge erbsengrosse Blutergüsse. Foetus 6 cm lang, bräunlich, mumificirt, Extremitäten verklebt.

Nach Reposition des Uterus Ausspülung mit Lysol. Keine erhebliche Blutung. Fieberlose Genesung.

Mikroskopische Untersuchung: Auf einem durch einen der erwähnten grossen Blutergüsse gelegten Schnitte finden sich in jenen massenhafte Blutkrystalle. An einzelnen Stellen syncytiumlose Zotten, deren Stroma kein embryonales Schleimgewebe, sondern derbes, kernreiches Bindegewebe aufweist. Nur an wenigen Zotten finden sich noch Syncytiumreste als schmaler sie umkleidender Kernsaum. Nirgends Andeutung von Gefässen.

An anderen Schnitten findet sich die Serotina als schmaler Streif erhalten, von den Zotten durch einen in seiner Ausdehnung sehr wechselnden Fibrinstreifen getrennt, der hier und da ganz zu fehlen scheint. Die Deciduazellen gut erhalten und gefärbt. Die Serotina zeigt eine Reihe von zum Theil erweiterten Gefässen. Sie ist mit Leukocyten durchsetzt, welche stellenweis in der Trennungsschicht etwas dichter auftreten.

Bis unmittelbar an den erwähnten Fibrinstreifen heran oder doch in seiner Nähe gelegen zahlreiche Inseln von Ektodermzellen oder einzelne solche in Fibrin eingelagert.

Die intervillösen Räume fast durchweg von Fibrin ausgefüllt. Die Zotten auch hier zum Theil syncytiumlos, zum Theil von schmalen Streifen desselben eingefasst. Manche von zahlreichen sie unregelmässig umgebenden Ektodermzellen umlagert. Das Stroma der meisten fibrös, ziemlich kernreich, das andere sehr kernarm. An vielen Stellen finden sich zwischen den Zotten Kalkablagerungen, an anderen solche von Blutpigment.

Zwischen Amnion und Chorion ein grosser Bluterguss, welcher beide trennt. Im Stroma des Chorion finden sich einige völlig bindegewebig degenerirte Gefässreste, welche sich durch dichtere Kernanhäufungen von dem umgebenden Gewebe deutlich abheben. Sie gleichen dem auf Seite 76 beschriebenen. Im Amnion grosse Mengen von Blutpigment. Amnionepithel nicht erhalten.

329. 10) Frau H., 32jährige, seit 9 Jahren verheirathete V-gravida. Frühere Geburten und Wochenbetten normal. Letztes vor 2 $^1/_2$ Jahren. Die sonst regelmässigen Menses zum letzten Mal Ende November 1893. Anfang Januar bei Influenza 14tägige geringe Blutung. Dann 4wöchentliche Pause. Darauf wieder 3wöchentlicher Blutabgang mit nur kurzen Unterbrechnungen; leises Ziehen im Unterleib und in den Beinen. Untersuchung am 6. März 1894 ergiebt einen Uterus von der Grösse eines im zweiten Monat schwangeren. Als die Patientin sich Ende April wieder vorstellt, haben die Blutungen aufgehört. Der Befund ist derselbe. Am 1. Mai Einlegen eines Laminariastiftes. Keine Wehen. Am 2. Mai Entfernen des Stiftes, welcher stark sanduhrartig eingeschnürt ist. Forcirte Dilatation. Bei Austastung des Uterus findet sich das etwas mehr als taubeneigrosse Ei oben im Fundus rechts adhärent. Es wird nach leichter Losschälung extrahirt. Da es nicht unerheblich blutet, wird das Cavum mit Jodoformgaze tamponirt. Glatte Genesung.

Die Oberfläche des Eies hart, körnig. Nach Eröffnung des geringe getrübte Flüssigkeit enthaltenden Eisackes kein Foetus zu finden.

Mikroskopische Untersuchung: Die Deciduazellen sind durchweg gut erhalten und gefärbt. In der Serotina eine Reihe grösserer Gefässe, aber auch kleinere, wohl Vasa nutrientia, deren Umgebung, obwohl sie nicht thrombosiert ist, eine dichte Anhäufung von Leukocyten aufweist. Letztere sind mehr oder minder spärlich in der ganzen Serotina zerstreut. An manchen Stellen kleinere und grössere nekrotische Herde. Der Serotina aufliegend ein schmaler Fibrinstreif. An diesen heranreichend, zum Theil in ihn eingelagert, einzelne Ektodermzellen und Haufen solcher, welche sich zwischen den Zotten liegend überall bis dicht an das Chorion heran finden.

Die intervillösen Räume sind zum grössten Theil mit kanalisirtem Fibrin ausgefüllt, zum geringeren mit Blut; aber auch in diesen sind sehr viele Zotten mit einem Fibrinmantel umgeben. Die letzteren haben das Syncytium fast durchweg erhalten; an manchen ist es abgeflacht und abgeblasst, völlig zu Grunde gegangen nur an den gänzlich hyalin degenerirten. An einigen Zotten sind auch noch Reste des Ektoderm in Gestalt etwas abgeflachter Zellen zu sehen.

Das embryonale Schleimgewebe des Zottenstroma in Bindegewebe umgewandelt, dessen Kernreichthum an den verschiedenen Zotten ein sehr verschiedener ist.

Das Syncytium des Chorion frondosum ist gleichfalls stark abgeflacht, an einigen Stellen in Kernhaufen zusammengeballt. Auch hier liegen ihm hier und da einzelne Ektodermzellen an. Das bindegewebige Stroma ist in den dem Amnion naheliegenden Partien sehr kernarm. Hier finden sich mehrere grosse, frische Blutergüsse.

Am Chorion laeve das Syncytium völlig verloren gegangen; die Zotten fast homogen, kernlos. Das Stroma des Chorion selbst bingewebig; die Kerne zum Theil nur blass gefärbt. Das Amnionepithel dagegen vorzüglich erhalten. An einer Stelle findet sich eine weissliche Auflagerung, welche makroskopisch fast das Aussehen eines kleinen Embryo hat. Mikroskopisch erweist sie sich als amniotische Zotte mit schmalem Stiel, dann kolbig anschwellend. Die Hauptmasse wird aus Bindegewebe gebildet, welches im Centrum sehr wenige Kerne, an einigen Stellen Nekrose aufweist.

330. 11) Frau W., 32jährige III-gravida. Zwei normale Geburten. Letzte Menses am 23. October 1894. Ende Januar und Februar geringe, mehr wöchentliche Blutung. Untersuchung am 6. Februar 1895 ergiebt einen weichen, ungefähr wie im zweiten Monat der Schwangerschaft vergrösserten Uterus. Am 9. Mai derselbe Befund. Am 20. Mai Einlegen eines Laminariastiftes. Keine Wehen. Am folgenden Tag Entfernung des sanduhrförmig eingeschnürten Stiftes. Cervicalkanal mit Hegar'schen Dilatatoren erweitert. Ei digital gelöst und entfernt. Patientin nach 8 Tagen entlassen. Die ganze Oberfläche des Eies körnig sagoähnlich. Ein Foetus nicht zu finden. Da der Fruchtsack bei der Entfernung platzte — es entleerte sich ziemlich reichliches Fruchtwasser — so ist derselbe wahrscheinlich verloren gegangen.

Mikroskopischer Befund: Die Serotina nur noch in dünner Schicht vorhanden, mit spärlichen Leukocyten durchsetzt, welche nur an wenigen Stellen, besonders an der Trennungslinie, dichter gedrängt sind. Die Deciduazellen schön gefärbt. Der Serotina aufgelagert, ein in seiner Stärke wechselnder Fibrinstreifen an den Zotten und Ektodermhaufen sich dicht anlegend. Wo dies nicht der Fall ist, schliesst sich ein ziemlich weiter, zum Theil mit gut erhaltenen rothen Blutkörperchen angefüllter Raum an, in welchen manche Zotten frei eintauchen, andere von ihren Contouren folgendem, kanalisirtem Fibrin umgeben sind. Die Mehrzahl derselben wird von dunkel gefärbten schmalen oder breiteren Kernmassen, dem Syncytium, eingefasst. Unter diesem ist an manchen auch das Ektoderm in fortlaufender Reihe, an anderen in einzelnen Zellen noch sichtbar. Dasselbe gilt vom Chorion. Das Stroma besteht in manchen Zotten aus festem kernreichen, an anderen aus lockerem, sehr kernarmen Bindegewebe; das des Chorion frondosum hält die Mitte in dieser Beziehung. Auch an ihm ist Syncytium und Ektoderm fast durchweg gut erhalten. Stellenweis ist das erstere zu regellosen Kermassen zusammengeballt; wo es fehlt — dies ist nur an ganz kleinen Partien der Fall — finden sich auffallend grosse blasige Zellen mit grossem Kern und dunklen Blutkörperchen, Ektodermzellen. Dasselbe beobachtet man an einer nicht geringen Zahl Zotten, deren Syncytium verloren gegangen ist. Um dieses sind sogar die Ektodermzellen in zwei- oder mehrfacher Schicht gelagert, so dass man den Eindruck gewinnt, dass sie nach dem Fortfall des Syncytiummantels gewuchert sind. Weder in dem Chorion noch in den Zotten finden sich offene oder obliterirte Gefässe. Das Amnion und Amnionepithel ist sehr gut erhalten.

O. Grasemann („Ein Beitrag zur Lehre vom intrauterinen Fruchttode an der Hand einer Casuistik von 184 hierher gehörigen Fällen der Münchener Königl. Universitäts-Frauenklinik aus den Jahren 1883 bis Anfang 1888." I.-D. Jena 1888) hat eine grosse Reihe von Fällen von Retention abgestorbener Früchte aus der Münchener Klinik zusammengestellt, jedoch dauerte die Retention stets nur einige Tage bis zu 4 Wochen, und sollen daher diese Fälle hier nicht einzeln berücksichtigt werden. In diesen 184 Wochenbetten mit Geburt einer

ante partum abgestorbenen „macerirten" oder „frischtodten" Frucht erfolgte 76 mal sicher nachgewiesen, also in 41,3 % eine Erhebung der Temperatur. G. kommt auf Grund seiner fleissigen Zusammenstellung zu dem Schlusse, dass die Ausstossung der intrauterin abgestorbenen Frucht meistens im 7. Monat der Gravidität erfolge und dass die abgestorbene Frucht meist noch 8—14 Tage weitergetragen werde bis zur Ausstossung.

331. **Hay** (Amer. Journ. — Referat: Neue Zeitschr. f. Geb., Bd. IX, p. 287 — citirt nach Liebmann, l. c. S. 58): Der Foetus war in der ersten Hälfte der Schwangerschaft abgestorben, verweilte bis zum 9. Monate in der Gebärmutter, war gut erhalten, weder faul, noch vertrocknet, noch verkalkt.

332. **Hintz** (Centr. f. Gyn. 1896, No. 46, S. 1176). Eine im vierten Monat abgestorbene Frucht 5, vielleicht 7 Monate zurückgehalten. Placenta ohne Veränderungen, dünne Nabelschnur um den Hals der plattgedrückten, sonst wohl erhaltenen Frucht gewickelt.

333. **His** (Internat. Beiträge f. wiss. Med., Anat., Physiologie und Entwickelungsgesch., Bd. I, S. 179 — cit. nach Graefe, l. c. p. 72): Menses vier Monate ausgeblieben. Künstliche arzneilich eingeleitete Ausstossung des Eies. Embryo zeigte Cylinderform, 7 mm lang. Decidua 5 cm lang, 3 ½ cm breit. Embryo mindestens 2 Monate lang abgestorben, im Mutterleib retinirt.

334—336. **Dankert Holm** („Norsk. Mag. f. Lägevid. 3 R. 11,6, p. 443, 1881") citirt zweimalige Retention des abgestorbenen Foetus bei derselben Frau. Bei dem dritten gleichen Vorkommniss war der Foetus im 5. Monate abgestorben (Ende Juni), und erst Ende October wurde ein 6 Zoll langer, etwas zusammengefallener Foetus ausgestossen.

337. v. **Holst** (Beiträge zur Gynaekologie. Tübingen 1865, I. Heft): Eine viermonatliche todte Frucht verblieb 24 Wochen in utero. Die Frucht war blutleerer als eine kurz vor der Geburt abgestorbene, sonst frisch und gut erhalten. Sie zeigte eine Brust- und Bauchspalte, welche die wahrscheinliche Todesursache war. Die nicht unbeträchtliche Blutung während der Geburt und der Befund an der Placenta selbst beweisen, dass diese bis zur Geburt im Zusammenhange mit der Gebärmutter geblieben war (citirt nach Liebmann, l. c. p. 57).

338. **Hutchinson** (Transact. Path. Soc. London 1852—1853 — cit. nach Graefe, l. c. p. 71): 26jährige IV-gravida. 3 normale Geburten. Nach 12monatlichem Ausbleiben der Regel eine faustgrosse Mole ausgestossen. Kein Foetus.

339. **Jacobson** („Aborte von 2 heterochronen Früchten im 5tägigen Zwischenraume bei derselben Frau." Med. Obozvenje 1890, XXIV, p. 607).

340—342. **Jakub** („Ueber die Retention abgestorbener Früchte im Uterus." Verh. der Moskauer geb.-gyn. Gesellschaft — siehe Wracz 1892, No. 22 [Russisch]) beschreibt die spontane Ausstossung einer anfangs im 4. Monate abgestorbenen Frucht, 9 ½ Monate nach Schwangerschaftsbeginn, also 6monatliche Retention (Missed abortion). Ab und zu schmutziger Ausfluss ohne Wehen in der Zwischenzeit. Retroversio uteri im 4. Monate constatirt, 28jährige IV-gravida. Die Placenta hatte sich nach Absterben der Frucht noch eine Zeit lang fortentwickelt. In einem zweiten Falle sah Jakub 6monatliche Retention eines im 4. Monate abgestorbenen Eies und bei abwartender Behandlung spontane Ausstossung desselben 10 Monate nach der Empfängniss. In einem dritten Falle wurde 7 Monate nach Schwängerung eine 3monatliche Frucht ausgestossen.

343. **Johns** (Dublin. Journ., August 1855 — cit. nach Schmidt's Jahrb., Bd. LXXXVIII, p. 202 — siehe Liebmann, l. c. p. 58): 40jährige Mehrgebärende. Am 11. Juni die letzten Regeln, am 10. November erste Kindsbewegungen, vom 6. Monate an keine mehr. Am 12. Februar des folgenden Jahres Blutung ohne Wehen, die später wiederkehrte. Am 11. April erfolgte die Geburt einer 6monatlichen, mumificirten Frucht. Placenta und Eihäute waren gesund.

344. **M. Johnston** (Am. Journ. of Obst., Vol. VIII, 1875 — cit. nach Graefe, l. c. p. 69): Multipara, letzte Geburt am 2. Januar. Am 20. Mai Menses, nur 2 Tage, statt 5, wie früher. Schwangerschaftsbeschwerden. Am 30. Juli von J. gerathen, das Kind abzusitzen. Am 18. October Tod der Frucht diagnosticirt. Am 10. März 1873 Geburt des unverletzten Eies. Membranen sehr fest. Placenta derb. An der fötalen Seite mehrere wallnussgrosse Cysten. Foetus 3 $^1/_2$ monatlich wie ein Spirituspräparat.

345. **Kennedy** (siehe Thoman l. c.) berichtet (The Brit. Med. Journ. Aug. 1871) einen Fall, wo nach einem vor 1 Jahre erfolgten Abortus ein der Wandung des Uterus eingebetteter, quergelagerter Oberschenkel eines 4monatlichen Foetus extrahirt wurde, worauf Genesung eintrat.

346. **Klein** („Giftwirkung macerirter Foeten." Sitzungsber. der Würzburger phys.-med. Ges., Juli 30., 1892).

347. **Kobro** („Et Tilfaelde of »missed abortion«" — Norsk. Magazin for Laegevidenskaben, 56. Jahrg., 4. R., Bd. X, No. 12, p. 1110): 30jährige II-gravida, letzte Regel im September 1894. Am 24. December starke Genitalblutung, danach fortwährend Abgang blutiger Flüssigkeit, am 20. und 27. Mai 1895 wieder starke Blutung. Gebärmutter wie im 5. Monat. Nach Scheidentamponade wurde am 29. Mai das Ei ausgestossen. Es war faustgross und enthielt eine gewisse Menge blutiger Flüssigkeit und eine völlig intacte, wohlerhaltene Frucht (15 mm lang ohne Anzeichen von Extremitäten) und eine Nabelblase.

348. **König** („Beitrag zur Retention abgestorbener Früchte im Uterus." Centr. f. Gyn. 1895, No. 44, S. 1096): 37jährige Frau hat dreimal glatt geboren. Vor 5 Jahren im 6. Monate Abortus einer angeblich macerirten Frucht. Keine Syphilis. Vom 27. Februar 1893 an neue Schwangerschaft. Aber von Ende Mai an nahm der Leib nicht mehr zu, die Brüste wurden welk, das Erbrechen hörte auf, öfters Frostanfälle, Anorexie, Gefühl, als ob die Frau einen schweren Körper im Leibe trage, der nach unten dränge. Wehenartige Schmerzen. Im Januar 1894 kam die Frau zu K., weil sie 10 Monate schwanger sei und die Geburt ausbleibe. Uterus anteflectirt, mannsfaustgross. Fluor, katarrhalisches Ulcus an der ektropionirten portio vaginalis, kein Eiweiss im Harn. Am 28. Mai kam die Frau wieder mit Klagen über Verstärkung des Ausflusses und der Schmerzen. Keinerlei Blutung seit Februar 1893, Befund ebenso wie im Januar 1894. Am 30. Mai nachts Wehen nach leichtem Fieber, nachmittags unter leichter Blutung aber ohne Schmerzen ein 8 cm langer ovoider Körper spontan geboren. Amnion, Chorion trennbar, in der mit krümeligen Blutmassen gefüllten Amnioshöhle ein Foetus. Ein apoplektisches Ei mit „bosselures". Verlauf gut, 7.—10. Juni etwas Blutung, 6. Juli typische Menses. 15monatliche Retention des Eies. Schwangerschaft vom Februar 1893 bis Ende Mai 1894. Es wird nicht angegeben, auf wie viel das Alter des Foetus geschätzt wurde, also Retention des abgestorbenen Foetus wohl sicher nicht 15 Monate, sondern höchstens 13—14.

349. **Florian Krug** („Strangulation des 6monatlichen Foetus durch die Nabelschnur. Retention der abgestorbenen Frucht bis zum Schwangerschaftsende.“ New-Yorker med. Monatsschrift, Bd. I, No. 3, 1889, März, p. 136 — siehe Centr f. Gyn. 1890, No. 11, S. 191): Im 7. Monate der Schwangerschaft eine Sommerdiarrhöe und Koliken, heftige Kindesbewegungen, die nach Opium nachlassen. Schwangerschaft schreitet nicht vor, und nach 3 Monaten ein 7monatlicher Foetus leicht geboren mit so starker Einschnürung des Halses durch die Nabelschnur, dass der Hals nur $1/4$ Zoll Durchmesser hatte. Diese starke Compression hatte vor 3 Monaten den Tod des Foetus zur Folge gehabt. Die abgestorbene Frucht wurde etwa 3 Monate retinirt.

350. **Lafont de Contagnet** (Gaz. d. hôpit. No. 119, und Medicin. Jahresber. von Virchow und Hirsch 1872, p. 669 — siehe Thoman, l. c. p. 29): Verletzung der Scheide im 7. Monate der 6. Schwangerschaft: die Frau fiel beim Aufstehen aus dem Bett mit gespreizten Beinen so auf den Kopf einer Stuhllehne, dass derselbe in die Scheide eindrang. Sehr starke Blutung, 3 cm lange, tiefe Wunde in der Seitenwand der Vagina. Am regelmässigen Schwangerschaftsende wurde eine todtfaule Frucht ausgestossen. Foetus wahrscheinlich bei dem Trauma in Folge innerer Blutung und Loslösung der Placenta abgestorben und mehr als 2 Monate retinirt in utero.

351. **Lang** („Case of mumified foetus.“ Montreal Med. Journ. 1889 bis 1890, XVIII).

352. **Lavabre:** „Rétention foetale pendant cinq mois.“ Lyon méd. Déc. 1896, p. 852. (Mumificirte Frucht — Klinik Pollosson's.)

353. **Leuf** („Abortion; retention of placenta, and its spontaneans removal in 9 or 10 weeks without bad symptoms except menorrhagia.“ Med. and. Surg. Rep. Philad. 1889, LX, 7).

354. **Liebmann** („Beitrag zur Frage von der Retention abgestorbener Früchte in der Gebärmutter.“ Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1874, III. Bd. Originalaufsätze: S. 47—66): 35jährige Dame hat 8 ausgetragene Kinder geboren und einmal abortirt, kurz darauf wieder schwanger. Mitte August 1872 Kindsbewegungen, die aber im September aufhörten. Mitte November wehenartige Schmerzen. Mitte Januar 1873 (9 Monate nach der letzten Regel und $3\frac{1}{2}$ Monate nach Aufhören der Kindesbewegungen glaubte L. die Schwangerschaftsveränderungen als rückgängig betrachten zu müssen. Nachts zum 12. Februar 1873 Abgang von etwa 8—12 Esslöffeln rothbrauner Flüssigkeit, später tropfenweise, Uterus kleiner geworden. L. sah den Abgang für Fruchtwasser an und sagte, die todte Frucht werde ausgestossen werden, aber nach 8—10 Tagen verlor sich der Ausfluss ganz. Euphorie. Am 5. April 1873 (fast ein Jahr seit der letzten Regel und über 6 Monate nach dem Aufhören der Kindsbewegungen) Wehen, immer stärker, aber keinerlei Ausfluss. L. fand die übereinander geschobenen Knochen des Foetus schon an der Rima vulvae, zog den Foetus leicht heraus, ebenso entfernte er mit 2 Fingern die Placenta aus dem Cervikalcanale. Scheide und Cervikalcanal auffallend trocken, auf der Wäsche kaum Spuren einer röthlichen Flüssigkeit. Rasche Involution des Uterus, Euphorie. Die mumificirte Frucht gleicht einer längere Zeit in Alkohol aufbewahrten. Blassrosenrothe Haut, nur an den Spitzen der Hände und Füsse und am Nabel rothbraun. Frucht 27 cm lang, mit Wollhaar bedeckt. Kopfhaut grünlich, mit kurzen Haaren und Vernix caseosa. Kopfform rhombisch, Kopfknochen übereinander geschoben, das rechte Seitenwandbein überragt das linke, hier Haut eingerissen. Nase uud Gesicht plattgedrückt. Die spaltförmige Orbitae leer, Brustkasten und Unterleib unregelmässig platt, eingedrückt. Haut-

decken enthalten wenig oder gar kein Fett. Muskeln eingeschrumpft, Hände und Finger flachgedrückt. Nabelschnur mit kaum angedeuteten Windungen, ein 3 mm breites, festes, braunrothes Band, velamentös in den Eihäuten inserirt. Placenta sehr eingeschrumpft, scheibenförmig, 7 cm breit, in der Mitte $1\frac{1}{2}$ cm dick. sehr hart, weiss-gelblich, überall in Fettdegeneration begriffen, kaum kenntlich in der Struktur. Keine Decidua an ihrer Uterinfläche zu ermitteln. Der Riss in den Eihäuten hat nahe an der Placenta stattgefunden, der der Placenta entgegengesetzte Theil des Fruchtsackes ist noch ganz als eine Tasche erhalten. Die Eihäute lassen sich fast überall von einander abziehen. Das Chorion wird durch filzige, in Fettdegeneration begriffene Vegetationen dargestellt. — Es war hier eine im 5. Monate abgestorbene Frucht durch weitere 6 Monate in der Gebärmutter zurückgehalten worden.

L. citirt sodann ähnliche Beobachtungen aus der Literatur:

6 Fälle von einmonatlicher Retention des Foetus nach: Mauriceau: Observations sur la grossesse etc., Paris 1738, T. II — s. auch: Dernières observations sur les maladies etc. — ibidem. — In anderen Fällen dauerte die Retention einmal 5 Wochen, einmal 2 Monate, in 3 Fällen je 3 Monate, in je einem Falle 4 und 5 Monate; Gardien giebt die Möglichkeit mehrmonatlicher Retention an, nach Carus ist die mögliche Zeit der Retention a priori gar nicht zu bestimmen. Kilian, Balocchi, Chiari, Braun, Spaeth sprechen sich alle mehr oder minder unbestimmt darüber aus, wie lange die Retention einer abgestorbenen Frucht dauern könne, am häufigsten sei die Retention beobachtet bei Zwillingsschwangerschaft, seltener bei einfacher Schwangerschaft. L. giebt noch die Ansichten von Hohl, Cazeaux, Lange, Schroeder an, die jedoch nichts Neues dem bisher Bekannten hinzufügen.

Liebmann geht nun darauf aus, zunächst ein möglichst reiches casuistisches Material zusammenzubringen, um die Bedingungen der Retention festzustellen und unterscheidet zunächst 2 Hauptgruppen:

I. Gruppe. Die Placenta ist adhärent.

a) Indirecte Verbindung mit dem Uterus. Hierher gehören die Fälle von sog. Foetus compressus, papyraceus bei Zwillingsschwangerschaften. — Diese in früheren Zeiten als Beweis einer stattgehabten Superfoetation angeführten Fälle kommen häufig vor. Sub partu eines reifen oder fast reifen Kindes geht gewöhnlich mit der Placenta ein 3—5 monatlicher, meist 4 monatlicher mumificirter Foetus ab, selten wird er vor oder nach Ausstossung des Zwillinges geboren und giebt selten zu Blutungen Veranlassung. Seine Placenta hängt oft mit der des reifen Foetus zusammen, ist verfettet, zeigt Spuren von alten Blutextravasaten, ist trocken, weissgelb, derb etc. L. zählt hier an der Literatur eine Reihe einschlägiger Beobachtungen auf, im Anschluss an die von Hohl („Die Geburten missgestalteter, kranker und todter Kinder.“ Halle 1850, S. 112 und 113). Ich werde die Fälle von Geburt eines ausgetragenen Kindes und Ausstossung eines früher abgestorbenen, weniger entwickelten, macerirten, mumificirten Zwillinges hier nicht mit berücksichtigen, ebensowenig die Geburt des foetus papyraceus bei reifer Placenta.

b) Directe Verbindung mit dem Uterus. Diese Fälle betreffen meist einfache Schwangerschaften, bei denen der Foetus aus irgend einem Grunde abgestorben ist, die Placenta aber nicht direct in Mitleidenschaft gezogen wurde. Ihr Zusammenhang mit der Gebärmutter hört nicht sofort auf, sondern es entstehen allmählich Veränderungen in ihrem Gewebe (Blutungen, Fettdegeneration etc.), welche ihre Loslösung vom Uterus erst, nachdem sie bis zu einem gewissen

Grade gediehen sind, bewirken, oder aber die Placenta wächst fort, verbleibt bis zum normalen Schwangerschaftsende in organischer Verbindung mit der Gebärmutter und wird dann gerade so, wie die Placenta eines reifen Foetus ausgestossen und unterscheidet sich im Aussehen wenig von der eines reifen Kindes. Der Foetus wird mumificirt angetroffen oder zuweilen trotz langer Retention auffallend frisch. (Todte Früchte werden über den 6. Monat hinaus nicht mehr mumificirt, sondern macerirt [todtfaul] angetroffen. Da viele Autoren auch die mumificirte — ausgetrocknete — Frucht macerirt nennen, so betont Liebmann, er fasse als Maceration denjenigen Zustand auf, in welchem frühgeborene Früchte sich befinden, wenn sie einige Zeit todt bei unversehrten Eihäuten in der Gebärmutter verweilten.) (Genauer präcisirt Grasemann [l. c. p. 6], da oft eine abgestorbene und längere Zeit in utero befindlich gewesene Frucht „als todtfaul" bezeichnet wird, und da man auch heute noch öfter den Zustand der Maceration fälschlich mit diesem Epitheton belegt, den Begriff „macerirt" und bezeichnet als macerirt, d. h. im Wasser zersetzt, eine Frucht, gleichviel welches die Ursache des Absterbens gewesen, wenn sie folgende Merkmale zeigt: Die kleine Leiche hat keinen Fäulnissgeruch, da sie sich nicht im Fäulnissprocesse befindet; der Geruch ist fade, süsslich. Die Epidermis ist in Blasen und Fetzen abgehoben, darunter ist sichtbar das krebs- bis kupferrothe Corium. Der ganze Körper ist schlaff und weich, wie der einer Wasserleiche; der Kopf plattet sich an den Stellen, wo er einen Druck erleidet, ab, die Knochen desselben sind in ihren Nähten gelöst und „schlottern". Das Epicranium ist durch Oedem abgehoben und kann so sub partu als Kopfgeschwulst imponiren. Die Hirnmasse ist breiig; die Körperflüssigkeiten, die Gefässe und sämmtliche inneren Organe sind gleich der Haut blutig imbibirt.)

Liebmann kommt nun zu den Schlüssen:

1. Wenn die Placenta adhärent ist, so ist die Ursache der Retention bei einfacher oder mehrfacher Schwangerschaft in der Forternährung resp. Fortentwickelung der Placenta zu suchen; nur dass bei mehrfacher Schwangerschaft die adhärirende Placenta, welche der lebenden Frucht angehört, dem vom todten Ei ausgeübten Reize das Gleichgewicht hält und dessen Retention bewirkt, während bei einfacher Schwangerschaft die Adhärenz der Placenta des abgestorbenen Foetus selbst die Ursache der Retention ist.

2. Was die Dauer der Retention anbetrifft, so wird bei Zwillingsschwangerschaften die todte Frucht zugleich mit der lebenden ausgestossen, also gewöhnlich am rechtzeitigen Schwangerschaftsende, zuweilen früher, sehr selten später. Bei einfacher Schwangerschaft wird der zurückgehaltene Foetus ausgestossen sobald die Veränderungen der Placenta soweit gediehen sind, dass dieselbe nicht mehr ernährt oder durch Blutungen vom Mutterboden getrennt wird. Dieses kann natürlich zu jeder Zeit der Schwangerschaft geschehen, auch am gewöhnlichen Schwangerschaftsende; selten, vielleicht nie darüber hinaus. Es scheint, dass die Ernährung der Conceptionsproducte nicht über eine gewisse Zeit hinaus dauern könne. Die Retentionsdauer des todten Foetus kann bei adhärenter Placenta verschieden lang sein, überschreitet jedoch kaum jemals das normale Schwangerschaftsende.

II. Gruppe. Die Placenta ist nicht adhärent.

Nach Liebmann soll hier die Ursache der Retention zu suchen sein in entzündlichen Veränderungen des Uterus (Endometritis, Metritis in der Schwangerschaft), welche die Sensibilität des Uterus herabsetzen, sodass ihre Nerven die Fähigkeit, Reize zum Centralorgan zu leiten, eingebüsst haben; in den meisten

Fällen aber soll die Ursache der Retention nicht im Zustande der Gebärmutter zu suchen sein, sondern in anderen Verhältnissen. Constitutionsanomalien, Fettsucht etc. rufen eine gewisse Torpidität des Uterus hervor, oder es betreffen die Veränderungen im Centralnervensystem auch jene Provinzen, von welchen aus die Reflexthätigkeit des Uterus ausgelöst wird.

Wenn bei gelöster Placenta und einfacher Schwangerschaft die Ausstossung der todten Frucht ausbleibt, besteht eine mangelhafte Erregung jener Theile des Centralnervensystems, welche die Wehenthätigkeit regeln. Diese mangelhafte Erregbarkeit kann eine Folge von Veränderungen des Centrums selbst sein, oder es können die leitenden Nervenbahnen durch Anomalie der Gesammternährung specielle Reize schwächer oder gar nicht zum Centralorgane leiten. Wenn der mumificirte Foetus (resp. das abgestorbene Ei) im Uterus als fremder Körper, frei von jeder organischen Verbindung mit dem mütterlichen Organismus, dem Einflusse des Centralnervensystems entzogen, eine Zeit lang ertragen wird, so giebt es gar keinen Grund anzunehmen, dass dieser Zustand nicht eine unbestimmt lange Zeit, ja immer fortdauern könne. Es fällt mithin hier die, bei dem Menschen freilich sehr seltene, bei Hausthieren (siehe Gurlt, Verh. d. deutsch. Ges. f. Geb., Bd. VI, S. 56 und S. Fabbri, Sitzungsber. d. Acad. d. Wissensch. zu Bologna, Bullet. delle sc. med., Mazzio 1866, p. 376) viel häufiger vorkommende Erscheinung des gänzlichen Ausbleibens der Geburt (der uterinen Lithopädionbildung) mit den Retentionsfragen zusammen. Liebmann glaubt, dass Fälle von Zurückhaltung der todten Frucht über das Schwangerschaftsende hinaus, immer zu der Gruppe zu zählen seien, wo die Placenta nicht mehr adhärent ist. Man könnte sogar, schreibt L., noch weiter gehen und annehmen, dass die Ausstossung einer Frucht, welche länger als 9 Monate in der Gebärmutter beherbergt wurde, nur durch Hinzutreten äusserer Momente, welche dem Retentionsprocess fremd sind, erfolge. Denn es ist gar nicht einzusehen, warum sich der Uterus, der seinen leblosen Inhalt so lange geduldig ertragen hat, plötzlich desselben zu entledigen suche.

Die zurückgehaltene Frucht fällt nach Liebmann bei unverletzten Eihäuten meist der Mumification anheim. Aber es kann auch nach Abfluss des Fruchtwassers die Fäulniss ausbleiben, wenn der Blasensprung zu einer Zeit eintritt, in welcher die Schrumpfung des Eies einen hohen Grad erreicht hat. Der Abgang des Fruchtwassers, wenn die Frucht schon mumificirt ist, dürfte noch seltener Einfluss auf das Zustandekommen der Verwesung des Eies ausüben, weil die Placenta durch ihre Vitalität (Schroeder behauptet, dass auch die fötale Placenta des todten Foetus auf osmotischem Wege von der Decidua serotina aus ernährt werde), der Verwesung widerstehen kann. Eine wirkliche Fäulniss kann nicht eintreten ohne Luftzutritt, aber eine Endometritis während der Schwangerschaft dürfte doch auf das Zustandekommen der Verjauchung des Eies von grossem Einfluss sein. Die Verjauchung des Eies ist dann eine Folge der Zersetzung des an der Innenfläche des Uterus abgesetzten Exsudates. Fäulniss kann auch nach sehr langer Retention, aus unbekannten Veranlassungen, immer noch eintreten, vielleicht auch infolge einer Endometritis, die aus irgend einem Grunde zur Verjauchung des Uterusinhaltes Anstoss gegeben hat. Dieser verspätete und zufällige Eintritt der Verjauchung ist nach Liebmann ein Beleg dafür, dass die Frucht, ohne Hinzutreten von äusseren Momenten, nicht ausgestossen worden wäre. Damit schliesst Liebmann's interessanter Aufsatz.

355. **Liebmann** („Eine seltene Art der Ausstossung eines intrauterin verstorbenen Foetus." — Orvosi Hetilap. 1891, No. 49 — siehe Centr. f. Gyn. 1892, No. 38, S. 760) theilt einen bisher in der Literatur noch nicht vorgekommenen Fall von Abort mit, wo bei einer im 4. Monat schwangeren

III-para nach 2 Wochen lang andauerndem, übelriechendem, blutigem und eitrigem Ausfluss die Elimination einzelner Foetalknochen aus dem Uterus begann und mit kürzeren oder längeren Unterbrechungen in Begleitung von mehr oder minder heftigen Gebärmutterzusammenziehungen über 7 Monate hindurch andauerte. Die Knochen kamen theils vereinzelt, theils gruppenweise zum Vorschein und mussten theilweise mittelst Kornzange extrahirt worden. Die Nachgeburt ging $4\frac{1}{2}$ Monate nach Beginn des Abortes ab. Die Zahl der gesammelten Knochen betrug über 70, und gehörten sie einem 3 Monate alten Foetus an.

356—360. **Litthauer** („Ein Betrag zu der Lehre von der Retention abgestorbener Früchte im Uterus.“ I.-Diss. Berlin 1887 — siehe Centr. f. Gyn. 1889, No. 5, S. 71): 5 Fälle von Retention einer frühzeitig abgestorbenen Frucht.

L. beschreibt unter anderen einen Fall Hofmeier's: 23jährige I-para, vor $2\frac{1}{2}$ Jahren entbunden. Letzte Regel jetzt Ende Januar 1885. Uterus dem 2. Monate entsprechend, vergrössert. Anfang Februar, 10 Monate nach dem Tode der Frucht, Abort. Eihöhle klein, eine ganz geringe Menge Fruchtwasser enthaltend. 2monatlicher Foetus geschrumpft, mumificirt. Mikroskopische Untersuchung: Zotten überall vom Decidualgewebe umwachsen; Zottenstroma derb, bindegewebig, trägt einen Epithelbelag; Deciduazellen schön erhalten, einzelne leicht fettig infiltrirt. In der mittleren Schicht der Placenta die intervillösen Räume verschwunden, an ihre Stelle ein intervillöses Gewebe getreten, bestehend aus den erwähnten Deciduaelementen und spärlichem, neugebildetem Bindegewebe, hier und da Kalkconcremente und Pigmentanhäufungen. An einzelnen Stellen fibrinöse Streifen, sternförmigen Knochenkörperchen ähnliche Elemente enthaltend, vielleicht beginnende Umwandlung jener in Bindegewebe. Unter dem Chorion derbe, bräunliche Massen von Fibrin, ca. $\frac{1}{2}$ cm dick. Ueber ihnen wieder bindegewebige, degenerirte Zotten. Auch hier Deciduamassen. Amnion lässt noch beide Zellschichten unterscheiden. Epithelzellen verfettet; in noch höherem Grad die Zellen der Bindegewebsschicht. Zellen der Decidua vera, sowie die Gefässe der letzteren sehr gut erhalten (cit. nach Graefe, l. c. p. 68).

361. **Litschkus** (Journal für Geb. und Fr. 1895, S. 1024 [Russisch]): Präparat von „missed abortion.“ 34jährige VIII-para, letzte Regel 30. Januar 1895, da Patientin sich trotz des Stillens ihres letzten Kindes (2 Jahre und 3 Monate lang) schwanger fühlte, Kind Ende April abgesetzt. Im Mai 3 Tage lang schmutziger Ausfluss, Mitte Juni in das Spital, weil sie noch keine Kindsbewegungen fühle. Uterus wie ein 2 Monate schwangerer, aber härter und empfindlich auf Druck. Im August und October der gleiche Befund. 17. October nach einem Bade mässige Blutung und Abgang des druckabgeflachten 2monatlichen Eies. Placenta 5 und $5\frac{1}{2}$ cm breit, blassgrau. Häute ganz, fast kein Fruchtwasser. 4 cm lange Frucht, comprimirt gleich einem Foetus papyraceus, hängt an 1 cm langer Nabelschnur. Die Ende des 2. Monates abgestorbene Frucht ist also 7 Monate lang, fast bis an das normale Schwangerschaftsende, in utero retinirt worden.

362—364. **Lomer** („Demonstration dreier Fruchtsäcke, die nach Abgestorbensein der Früchte monatelang im Uterus retinirt wurden“ — Centr. f. Gyn. 1889, No. 15, S. 259): In einem Falle verblieb das Fruchtwasser 5 Monate lang, ohne resorbirt zu werden. Die Frucht entsprach der 10. Woche, war mumificirt mit an einander verklebten Gliedmassen, Placenta stark verfettet und blutlos, fast ganz weiss. 28. März letzte Periode, von Ende Mai an Gefühl des Fremdkörpers im Leibe, keine Zunahme des Leibesumfanges, 24. October Fruchtwasserabfluss, 13. November spontan Wehen und Austritt des Eies in die enge Scheide.

365. **Schütz** theilt in der Discussion mit, er habe die Ausstossung einer 5½ Monate alten Frucht im 11. Monate der Schwangerschaft gesehen.

366. **Madge** (Brit. Med. Journ., 16. December 1871 — cit. nach Graefe, p. 73): 7monatliche Retention der mumificirten 4 Monate alten Frucht bei einer Paralytischen.

367. **W. Massen** („Ein Fall von missed abortion" — siehe Centr. f. Gyn. 1893, No. 6, S. 123): 3monatliche Retention eines im 6. Monate abgestorbenen Foetus. Ausstossung ungefähr am normalen Schwangerschaftsende.

368. **Fischer** berichtet in der Discussion in der Petersburger geb.-gyn. Gesellschaft einen Fall von Retention einer frühzeitig abgestorbenen Frucht bis an das normale Schwangerschaftsende.

369. **Meinert** (Centr. f. Gyn. 1896, No. 50, S. 1328) demonstrirte eine 4½ Monate alte Frucht, die erst 4 Monate nach dem Absterben ausgetrieben wurde und keine Fäulnisserscheinungen aufwiess. Die Placenta schien nach dem Absterben gewuchert zu sein.

370. **Merklain** (Miscell. Natur. Cur. Dec. I, An. VIII, obs. 68 — citirt von Kulenkampff nach Voigtel's Handb. d. pathol. Anat., Bd. III, p. 519) sah von einer Frau bei der monatlichen Reinigung nach und nach mehrere kleine Knochen abgehen.

Merttens (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. XXX, Heft I, p. 75 — citirt nach Graefe, l. c. p. 72):

371. 1. IX-gravida. Letzte Regel in der vorletzten Woche des November 1892. Anfang April erste Kindsbewegungen. Nach 2 Monaten keine solchen mehr. Von da an Gefühl von Schwere im Leib. Seit 2. September 1893 krampfhafte Leibschmerzen. Spontane Geburt erst am 18. September 1893 (anstatt Ende August). Frucht ziemlich geschrumpft, 26 cm lang. Placenta 10½ und 12 cm. Ungefähr 100 gr trübbraungelbes Fruchtwasser. Nabelschnur stark torquirt, 21 cm lang.

Choriale Fläche der Placenta scheint normal, serotinale trüb, leicht körnig, mässig stark gelblich verfärbt. Auf dem Durchschnitt Serotina anscheinend stark verdickt, erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als starke Fibrinabscheidung, bestehend aus den Nitabuch'schen Streifen und einer dieser aufliegenden Fibrinschicht. In letzterer überall verstreut in grösserer Anzahl gruppenweis zusammenliegend grosse polyedrische Zellen, welche scharf gegen einander abgegrenzt sind, ein stark eosinrothes, körniges Protoplasma und einen runden, bläschenförmigen, stark chromatinhaltigen Kern besitzen. Sie gleichen durchaus den Ektodermzellen, und hier und da ist ihr Zusammenhang mit solchen, die Zotten umgebenden nachweisbar. Die in diesem Bezirk liegenden Zotten treten als hellbläulich gefärbte Felder in dem durch Haematoxylin-Eosin leicht roth gefärbten Fibrin hervor. Sie lassen keine Structur, keine Kernfärbung, kein Uterusepithel mehr erkennen. Nur wenige von einer einfachen Lage grosser Zellen mit bläschenförmigem Kern, Ektodermzellen, umgeben. Von Gefässen keine Spur mehr in ihnen vorhanden. Stellenweis in den feineren Ernährungszotten 4—5 kleine, runde Lumina, von einem Saum homogenen, glänzenden Gewebes umgeben, das starke Haematoxylinfärbung angenommen, wohl Reste von Capillaren, deren Wandungen verkalkt sind. Auch im Fibrin verschiedentlich Verkalkungen eines Zottenquerschnittes. Je weiter die Zotten nach dem Chorion hin liegen, desto lockerer wird das sie umgebende Fibrin. Hier ihr Stroma locker, fibrillär. Ektoderm und Uterinepithel an ihnen häufig zu erkennen. Auch hier haben die Zotten zum grösseren Theil noch einen schmalen Fibrinsaum.

Die grösseren Stammzotten, deren hier auffallend breite vorkommen, nach der Serotina hin, wo sie ebenfalls in Fibrin eingebacken sind, von gleicher Beschaffenheit. Nach dem Chorion zu ihr Stroma normal; Kernfärbung sehr gut. Uterinepithel und Ektoderm erhalten. Hier eine grosse Anzahl von Gefässen zu erkennen, welche durch Bindegewebswucherungen völlig obliterirt sind. Obliteration durch eine gleichmässige Wucherung der Serotina herbeigeführt oder die Lumina ausgefüllt durch ein lymphadenoidem Gewebe nicht unähnliches Netzwerk von feinen Fasern. In den feinen Ernährungszotten

keine Capillaren oder in ihnen homogene, kernarme, runde Felder. Chorion frondosum zeigt gute Kernfärbung. Ektoderm meist in einfacher Lage vorhanden, darauf Uterinepithel; wo dies fehlt, Fibrin, manchmal in dicker Lage. Die grösseren Gefässe frei von Veränderungen; dagegen kleinere Aeste der Arterien auch hier durch Bindegewebe verschlossen. Im Stroma einzelne Pigmentkerne. Amnion auf dem Chorion frondosum zeigt gute Kernfärbung des Stroma wie des Epithels. Chorion laeve wie auch das ihm anliegende Amnion vollständig nekrotisch. Structur des Stroma gar nicht zu erkennen.

372. 2. 37jährige V-gravida, 4 normale Geburten, letzte vor 3 Jahren. Letzte Regel Anfang Mai 1886. Darauf Schwangerschaftserscheinungen. Normaler Verlauf bis September. Nach einem Sturz mit dem Pferd Aufhören der Schwangerschaftserscheinungen. Am normalen Termin der Niederkunft Uterus vergrössert wie im 3.—4. Monat weich. Am 16. Februar 1887 ohne Schmerzen Ausstossung eines 4monatlichen Foetus. Extremitäten theilweise abgefallen. Schädel flach zusammengepresst, Muskulatur in Fetzen herunterhängend, schmutzig, grauröthlich, nicht stinkend. Gewebe erscheinen nicht feucht, sondern trocken mumificirt. Am 19. Februar Dilatation der Cervix und Entfernung der völlig frei in der Uterushöhle liegenden Placenta. Keine Placentarstelle zu palpiren.

Auch hier in den Stammzotten die Gefässe, hauptsächlich durch kurze, dicke Spindelzellen obliterirt, welche aber vielfach noch ein Lumen freilassen. In vielen grösseren Zotten aber keine Spur von Gefässen. Auch hier zwischen den Zotten grosszelliges Gewebe und Fibrinmassen, bis in die Nähe des Chorion reichend. Nur hier und da unregelmässige Spalten mit rothen Blutkörperchen. Auch an der festeren, durch Fibrin zusammengebackenen Zottenmasse Kernfärbung durchgängig gut; nur spärliche Nekrosen. Chorion und Amnion nekrotisch. Auf dem ersteren dicke Fibrinmassen. An einem in Osmium erhärteten Stück noch Fett in kleineren und grösseren Tropfen, sowohl im Fibrin wie in den Zotten. In der Nähe des Chorion zahlreiche Zottendurchschnitte, durch ihre Grösse und unregelmässige Gestalt auffallend, vielleicht Andeutung, dass das Zottengewebe nach dem Absterben des Foetus noch in die Breite wächst. Nach der Serotina hin die grosse Masse der Zotten viel kleiner; hier auch Nekrosen und zwischen den Zotten viel mehr Fibrin und grosszelliges Gewebe.

373. **Messon** (Centr. f. Gyn. 1893, No. 6, S. 123 — cit. nach Graefe, l. c. p. 73): 29jährige VI-gravida. 5 rechtzeitige Geburten, 1 Abort. Letzte Regel 15. November 1891. Erste Kindsbewegungen April 1892, hörten im Mai auf. Von Mai bis August Kreuzschmerzen, zeitweise unbedeutende, blutige Verfärbung der Leibwäsche. Am 27. August Ausstossung der 13,5 cm langen Frucht und Placenta.

374. **Michael** (Centr. f. Gyn. 1897, No. 7, S. 195): Sehr lange Retention eines Eies, bei dem die Frucht nur 2 cm lang war, während die Placenta über Handtellergrösse hatte, also nach dem Fruchttode noch weiter gewachsen war.

375. **Mittermaier** (Centr. f. Gyn. 1897, No. 7, S. 195): Abort von 4 Monaten, bei dem die abgestorbene Frucht und Placenta noch 4 weitere Monate retinirt wurde. Seit 3 Monaten andauernde Blutungen. Nach Jodoformgazetamponade Ausräumung. Placenta liegt gelöst im Uterus, Frucht in den anscheinend intacten Eihäuten. Kein Fruchtwasser. Decidua dick wie Leder sich anfühlend. Tod der Frucht vielleicht durch Nabelschnurumschlingung hervorgerufen. — M. verlangt auch bei Fehlen drohender Symptome — Blutung, Zersetzung — sofortige Ausräumung, da später sonst doch noch (bei eingetretenen Blutungen) in 75 % der Fälle etwa ein operativer Eingriff nöthig wurde. — Schütz, der circa 600—800 Aborte im Krankenhause behandelt hat, ist auch für sofortige Ausräumung, Tamponade zur Dilatation sei veraltet und gefährlich, besser Dilatation durch Sonden oder Stifte. Bei septischem Abort mit Retentio placentae sei die Prognose immer noch recht günstig, während bei rechtzeitigen Geburten sich an die Placentarretention viel eher Sepsis anschliesst.

376. **F. Neugebauer:** Ein neues Präparat von missed abortion. (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1893, S. 461—463, 469.)

377. **F. Neugebauer:** Ein neues Präparat von missed abortion mit Tod des Foetus durch Strangulation mittelst der Nabelschnur. Partielle inversio uteri sub abortu. (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1894, S. 193.)

378. **F. Neugebauer:** Ein neues Präparat von missed abortion (5monatliche Frucht abgestorben, nachdem der Vater die schwangere Mutter mit dem Fuss in den Unterleib gestossen, es erfolgte sofort der Fruchtwasserabfluss, aber erst 3 Wochen später Vorfall eines Armes, Tetanus uteri, ablatio brachii, extractio foetus in N.'s Klinik). (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1894, Bd. 90, S. 188.)

379. **F. Neugebauer** (No. 3141, Amb. Nos. 15. März 1897): Ausstossung einer 7monatlichen vor 2 Wochen abgestorbenen Frucht am Abend nach am Morgen wegen Querlage durch Dr. Monsiorski vollzogener äusserer prophylaktischen Wendung.

380. **F. Neugebauer** (19. Mai 1896, Amb. Nosoc., No. 2278): Ein Fall von missed abortion mit etwa 3wöchentlicher Retention einer 8—9wöchentlichen Frucht.

381. **F. Neugebauer** (1891, No. 5782): 11tägige Retention einer 7wöchentlichen Frucht.

382. **F. Neugebauer** (1893, No. 8667): 3 ½ monatliche Retention einer 2 ½ wöchentlichen Frucht.

383. **F. Neugebauer** (N. 7868 Diar. Prax. Med. Propr. — Gaz. Lek. 1893, S. 1117): „Ein seltenes Präparat von missed abortion bei Zwillingsschwangerschaft.“ 24jährige Dame, 6 Jahre verheirathet, hat 2mal glücklich geboren. Jetzt am 18. September 1892 letzte Regel. Am 2. October, nach langer Abwesenheit des Gatten, erste Cohabitation und Schwängerung. Bald Molimina, die bis zur 8. Woche andauerten. Am 18. December, nach einer Schlittenfahrt, unbedeutender Blutabgang, einen ganzen Monat aus Vorsicht zu Bett, bis 18. Januar 1893. Später noch mehrmals schleichender Blutabgang, ganz atypisch, in mehrtägigen Pausen und nie länger als 2—3 Tage andauernd. 18. März wurde N. geholt wegen Indigestion. Obgleich Frau X. ihre Schwangerschaft auf 5 ½ Monate berechnete, entsprach der Uterus nur der 14. Woche. N. stellte die Diagnose auf missed abortion angesichts des Befundes und der Anamnese und rieth abzuwarten. 6 Tage später N. abermals geholt, nach einem Clysma stürzte das gesammte Ei aus der Scheide. Es entsprach der Grösse nach der Hälfte des 4. Schwangerschaftsmonates, Placenta blass und nicht brüchig, sehr hart, ohne Zersetzungsspuren. Das Gesammte bildete eine Art Abguss der Uterinhöhle in Gestalt eines gleichschenkligen Dreiecks mit oberer Basis (wenn man von oben auf das liegende Präparat sah). Basis 6 ½ cm breit, Seitenkanten je 9 cm lang. Sagittaldickendurchmesser 3 ½—4 cm. Das Ei wurde fast ganz ohne Blutung ausgestossen und lag offenbar schon längst vom Mutterboden abgelöst in cervice oder in vagina. Sehr wenig getrübten Fruchtwassers entleerte sich bei Eröffnung des unteren Eipoles des Hohlkegels. Sechswöchentliche Frucht fraglichen Geschlechtes, gelblich verfärbt, etwas erweicht, 2 cm lang. Nabelschnur 1 cm lang, normal inserirt an der Placenta. Die Frucht erscheint in frontaler Richtung comprimirt (post mortem). Eihäute ohne Anomalien, aber es fiel N. auf, dass trotz Entleerung des Fruchtwassers in der oberen Hälfte des Eies eine Partie convex vorgewölbt blieb, als ob dort gesondert abgekapselte Flüssigkeit sich befände. N. sprach sofort dem Gatten der Patientin gegenüber, der der Untersuchung des Präparates beiwohnte, den Verdacht auf Zwillingsschwangerschaft aus, der sich bestätigte: einfaches Chorion, doppeltes Amnion. Die zweite Frucht 15 mm lang, besser erhalten, 14 mm lange Nabel-

schnur, insertio velamentosa. (Schultze.) Das abgestorbene Ei war noch eine Zeit lang. per endosmosin weiter ernährt, weiter gewachsen. Die Früchte waren in der 7. Woche abgestorben, das Ei bis zur 14. Woche weiterentwickelt, dann der Nekrobiose anheimgefallen und in der 22. Woche der Schwangerschaft ausgestossen ohne Spur von septischem Zerfall. Präparat demonstrirt im V. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn. 1893 in Breslau und 1895 im Congress polnischer Aerzte in Lemberg.

384. **F. Neugebauer** (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1896, Bd. XCII, S. 271 bis 274) demonstrirte eine neues Präparat von missed abortion bei Zwillingsschwangerschaft, eine Frucht 5, eine 14 Wochen alt. Am 24. Februar 1896 meldete sich die 20 jährige III-gravida K. in der Ambulanz wegen seit 3 Wochen anhaltenden schmutzig-blutigen Ausflusses. Uterus welk, schlaff, lässt den Finger ein, der die Placenta tastet. Tamponade, Secale. Schon am Abend Placenta sammt Tampon ausgestossen. Die Placenta entsprach der 16.—17. Schwangerschaftswoche und enthielt zahlreiche apoplektische Heerde, welche den Tod der Frucht und Absterben des Eies zur Folge hatten. Die Frucht scheint am 18. November 1895 abgestorben zu sein, laut Anamnese, das Fruchtwasser ist am 3. Februar 1896 abgeflossen. Placenta schwielig, hart, die Blutergüsse an der fötalen Fläche. Ausserdem zeigte sich eine $1/5$ der Oberfläche der Placenta einnehmende Blase, die auf den ersten Blick wie eine Cyste aussah. N. vermuthete jedoch eine Zwillingsschwangerschaft und mit Recht, wie sich zeigte. Diese zweite Eiblase enthielt etwas bräunliche Flüssigkeit und eine in beginnender Erweichung befindliche 5 wöchentliche Frucht; Nabelschnur bereits nekrotisirt, zerfallen, es liess sich auch nicht mehr feststellen, ob eine Insertio velamentosa vorgelegen hatte, die oft die Veranlassung zum Absterben eines Zwillings setzt bei dem intrauterinen Kampfe ums Dasein. Placenta und Chorion gemeinsam, Amnion doppelt. Wäre es nicht zum Absterben auch der anderen Frucht und zum Abort gekommen und die erste Frucht ganz resorbirt worden, so wäre hier eine Cyste an der Placenta geblieben, was wichtig für die Aetiologie mancher Cysten der Placenta sein dürfte.

385. **F. Neugebauer** extrahirte am 2. April 1897 in seiner Ambulanz ein in cervice retinirtes Ei, das einen Formabguss des Uterus in der bekannten Form eines sagittal abgeflachten Kegels darstellte (No. 10532 Diar. Prax. Med. Propr.). Die 26 jährige IV-gravida hatte erst einen 2 monatlichen Abort erlitten infolge Lues des Gatten, dann 7 monatliche Zwillinge geboren, von denen einer heute noch lebt, dann folgte ein 6 monatlicher Abort, nach dem N. eine Auskratzung ausführen musste. Dann vom 5. October bis 15. December 1896 keine Regel, vom 15. December an bis 2. April 1897 ununterbrochene Blutung. Das Ei war von der Decidua umhüllt, die sich abziehen liess, inmitten innerhalb des Chorion organisirter Blutgerinnsel fand sich die Amniosblase. Die Frucht schien 10—11 Wochen alt abgestorben zu sein, das Ei entwickelte sich noch einige Zeit weiter und wurde bis 6 Monate nach der letzten Regel retinirt. Keine Spur von Zersetzung, eine Mola carnosa war entstanden, in der sich aber noch die Amniosblase nachweisen liess.

386. **F. Neugebauer** (28. December 1893, No. 8805, Diar. Prax. Med. Propr.): 3 wöchentliche Retention einer 4 monatlichen Frucht mit beständigem blutigen Ausfluss. Die 30 jährige Frau hat vorher 8 Kinder normal geboren. In utero entblösste Schädelknochen zu tasten. Extraction in N.'s Klinik.

387. **F. Neugebauer** extrahirte eine aashaft stinkende Placenta am 5. Tage nach normaler Geburt des ausgetragenen Kindes. Genesung. Einige Tage zuvor

waren von anderer Seite sub narcosi vergebliche Extractionsversuche gemacht worden, wobei 2 Scheideneinrisse durch Instrumente veranlasst waren.

388. F. **Neugebauer** extrahirte die Placenta 5 Wochen nach Frühgeburt im 6. Monate. Genesung. Placenta nicht faulig zersetzt. Fieberloser Zustand, aber Blutung.

389. F. **Neugebauer** (1895 Diar. Prax. Med. Propr. No. 10190): $4\,^2/_3$ Monate lange Retentio placentae nach künstlichem Abort im 3. Monate. N. entfernte die Placenta mit daran fixirtem Nabelschnurrest mittelst einer langgestielten sogenannten Hämorrhoidalklammer am 21. April 1895.

(Persönlich halte ich die mehrtägige bis mehrwöchentliche Zurückhaltung des im frühen Schwangerschaftsmonate abgestorbenen Foetus in utero für ein sehr gewöhnliches Vorkommen und würde, wollte ich alle von mir beobachteten Fälle aufzählen, wohl mehr Raum in Anspruch nehmen, als diese blosse Aufzählung werth ist. Ich theile persönlich die Ansicht Schroeder's bezüglich der grossen Häufigkeit einer bis mehrwöchentlichen Retention, die Fälle von mehrmonatlicher Retention halte ich dagegen für häufiger als Schroeder es annahm. Orłow („Ueber einen Fall von langdauernder Retentio ovi in utero." Prager med. Wochenschr. 1895, No. 22, S. 232) schickt seiner Beobachtung statistische Angaben voraus: Budin zählte auf 210 Aborte 46 mal Retentio placentae, also 22%. Freund fand auf 780 Geburten am normalen Schwangerschaftsende nur 7 mal Retention der Placenta.

390. **Rangé** („Retention placentaire." Lyon méd. 1882, No. 48) sah 22 monatliche Retentio placentae nach 2—3 monatlichem Abort.

391. **Jacob** sah („Case of retention of placenta for seven months." — Lancet. 27. August 1881) einen Fall, in welchem nach 4 monatlichem Abort die Placenta nach 7 Monaten zum Vorschein kam.

392. **Latrop** („Retained placenta of nearly five months, standig." New-York Med. Rec. 27. September 1889): 5 monatliche Retentio placentae nach 2 monatlichem Abort.

393. **Vaudam** („Placentarretention während 6 Monaten." Presse méd. belge, No. 5, 1878): 6 monatliche Retention.

394. **Jaquet** (Beitr. z. Geb. u. Gyn., herausg. v. d. Ges. f. Geb. in Berlin, Bd. I): $5\,^1/_2$ monatliche Retention der Placenta.

395. **Sago** (Med. Times and Gaz. 18. April 1868) sah nach Abort eine 4 monatliche Retentio placentae.

In den Fällen von Sago, Vaudam, Jaquet und Jacob kam die Placenta ganz unverändert heraus.

396. In einem Falle **Lowe's** trug die Placenta mit den Eihäuten alle Eigenschaften der Fleischmole an sich (Transact. of the Obst. Soc. of London, Vol. XII).

397. **Fasbender** („Placenta 40 Tage nach Ausstossung eines 5 monatlichen Foetus mit manueller Beihilfe aus dem Uterus entfernt." Mon. f. Geb. u. Fr., Bd. 34, September 1869) fand bindegewebige Verdichtung der Placenta.

398. **Koch** („Ueber das Verhalten einer abgestorbenen Frucht im Uterus über das normale Ende der Schwangerschaft." Würtemb. Corr.-Blatt 17, 1858): Eine in der 24. Woche abgestorbene Frucht wurde zu Ende der 48. Woche, also 2 Monate nach dem normalen Schwangerschaftsende ausgestossen.

399. In dem Falle **Depaul's** („Présentation d'un foetus ayant séjourné onze mois dans la cavité utérine." Bullet. de l'Acad. méd., No. 33, 1881): Schwangerchasft von 11 monatlicher Dauer.

400. **Orłow** erwähnt dann noch die Fälle von **Vaust** („Ueber den Tod des Foetus." Annal. de méd. belge. Août 1838).

401. **Billi's** („Ungewöhnliche Verschlingung des Nabelstranges und deren wahrscheinliche Ursache." Ann. univ. Februar 1859).

402. **Smith's** („Fall von Retention des abgestorbenen Foetus bis zum normalen Schwangerschaftsende." Tidsska f. prakt. Med., II, 6, 1882).

403. **Krug's** („Strangulation des 6 monatlichen Foetus durch die Nabelschnur, Retention der abgestorbenen Frucht bis zum Schwangerschaftsende." New-York. med. Monatsschr., Bd. I, 1892).

Pelzer's („Retention eines abgestorbenen Foetus bis zum normalen Ende der Schwangerschaft." Centr. f. Gyn., No. 9, 1885).

404. **Balin's** („Ein Fall von missed abortion." Centr. f. Gyn. 1890) und

405. **Massen's** (Ber. a. d. Petersb. geb. gyn. Ges., Sitzung am 24. September 1892), wo die Frucht im 4.—6. Schwangerschaftsmonate abstarb, aber erst am normalen Schwangerschaftsende geboren wurde.

406. **Orłow** beschrieb folgenden Fall aus Pribram's Klinik: X-para von 43 Jahren, die zuletzt vor 5 Jahren geboren hatte, trat am 10. October 1894 in die Klinik ein: Im November 1893 Icterus und seither keine Regel mehr. Schwäche. Im Februar 1894 plötzlich heftiges Unwohlsein, Haematemesis und Melaena. Am 21. Juli abermals Haematemesis und Melaena. Seit dieser Zeit Vergrösserung des Unterleibes, Hydrops ascites, Asthmaanfälle und deshalb am 29. September, 4. October und 5. November Punktion des Unterleibes. Am 8. November wieder Blutbrechen und 9. November Tod. Diagnose: „Cirrhosis hepatis und Enterohaemorrhagia." Die Section (Prof. Chiari) bestätigte die Diagnose, es fand sich aber unerwartet: Retentio ovi in utero. Vagina weit, glatt, Uterus leicht vergrössert, Mucosa blass, Muskulatur leicht zerreisslich. Im rechten Uterushorn ein 2,5 cm im Durchmesser haltendes Ei eingebettet, von dem nur noch das Chorion mit seinen vielfach verkalkten Zotten vorhanden, Amnion und Embryo durch eine Risslücke am unteren Eipole abgegangen. Tuben, Ovarien, Cavum Douglasii normal. Das Ei lag in seiner ganzen Ausdehnung der Uterusinnenfläche an, aber locker ohne jede organische Verbindung. In den Geweben des Eies überall starke Kalkablagerung in opaken Bröckeln: Auf den Chorionzotten noch hier und da Ueberreste eines nekrotischen Epithels, Zotten theils frei von Verkalkung, theils von kalkigen Bröckeln durchsetzt. Vorhandensein einer Decidua zwischen den Zotten nicht nachweisbar. In der Uteruswand keinerlei Schwangerschaftsveränderungen nachweisbar. Schleimhaut mit normalen Drüsen und Epithel, Muscularis nicht hypertrophisch. Nirgends Deciduazellen, auch da, wo das Ei anlag, normale Schleimhaut. Es handelte sich um die häufigste Form der Retention, die Retention eines geborstenen und entleerten Eies, das ungefähr 1 Jahr in utero verblieben sein soll, das Ei dürfte 2—3 Monate alt gewesen sein und wahrscheinlich bei jenem Unwohlsein mit Blutbrechen im Februar 1894 geborsten sein. Auffallend, dass trotz Retention keine Blutungen. Die Decidua war bereits spurlos verschwunden und eine gut entwickelte Schleimhaut mit Drüsen und Cylinderepithel wiedergebildet. Orłow sieht die Ursache der Retention in einer Herabsetzung der Irritabilität der Uterusnerven und abnormer Schlaffheit der Uterusmuskulatur angesichts der bei der Cirrhosis hepatis schlechten allgemeinen Ernährung.

407. **Olshausen** (Berl. klin. Wochenschr. 1871, No. 1): Eine 41jährige Dame, welche 3 mal geboren, dann 8 Jahre nicht concipirt hatte, wurde neuerdings schwanger. Die retrovertirte Gebärmutter wurde in der 6. Schwangerschafts-

woche reponirt. Acht und einen halben Monat nach der Empfängniss wurde ein 3 Monate alt geschätzter, munificirter Foetus ausgestossen. Fruchtwasser war nicht vorhanden, die Frucht war von trockenen Eihäuten umhüllt.

408. **Oui** („Contribution à l'étude du curettage utérin dans les complications de la rétention placentaire post-abortive". Annal de Gyn. et d'Obst. T. XLIII, p. 157): in einem Falle 3monatelange Retentio placentae bei Abort im 3. Monate. Blutungen, Wehen, Dilatation, bilaterale Cervixspaltung; Placentarpolyp mit Curette abgetragen, Cervixnaht, Heilung.

409. **d'Outrepont** (Neue Zeitschrift für Geb. Bd. VIII, S. 106. — siehe Liebmann l. c. p. 57): Die Geburt erfolgte in der 40. Woche. Die Placenta war ganz frisch und wie bei einem reifen Kinde. Die 16'' lange macerirte Frucht war mit Hydrocephalus externus behaftet und seit 2 Monaten gestorben.

410. **Parvin** (The Amer. Journ. of the med. sc. October 1890, 5, 419. — cit. nach Graefe: l. c. p. 71): 1) 20jährige I-gravida, seit 10 Monaten verheirathet, seit 7 Monaten keine Regel. Zweimal während dieser Zeit geringer Blutabgang. Sonde drang 5 Zoll in den Uterus ein. Sechs Stunden später Weheneintritt. Nach 35 Stunden Entfernung einer grossen Fleischmole.

411. 2) 25jährige I-gravida. Im 4. Monat drohender Abort. Darnach hörte bei gutem Allgemeinbefinden der Uterus zu wachsen auf. Am 168. Schwangerschaftstage Ausstossung eines hühnereigrossen Eies nach vorausgegangener heftiger Blutung. Foetus nicht zu finden. Trübe Amnionflüssigkeit. 7 Monate später wieder gravid. Zange am normalen Termin.

412. 3) 30jährige V-gravida. 2 Aborte. Seit 6 Monaten schwanger; glaubt Bewegungen gefühlt zu haben. Im 3. Monat drohender Abort. Uterus zweimal so gross wie der normale. Nach einer Wagenfahrt Weheneintritt. Ausstossung einer faustgrossen Mole, welche nur circa 2 Esslöffel einer trüben Flüssigkeit, aber keinen Foetus enthält.

413. **Pelzer** (Centr. f. Gyn. 1895, No. 9, cit. nach Graefe l. c. p. 68. — Die Quelle hat jedoch Graefe unrichtig angegeben.) 30jähr. IV-gravida: 2 normale Geburten, 1 Abort vor $^5/_4$ Jahren. Letzte Regel am 12. Februar 1884. Im Juli einige Tage leicht blutig gefärbter Ausfluss. Am 15. November mehrfache Untersuchung. 2 Tage darauf starke Blutung. Fruchtwasser klar, aber stark übelriechend. Todtfauler Foetus sehr gut in allen Formen erhalten, 19 cm lang. Placenta von gewöhnlicher Form und Structur 8,5 und 7,5 cm messend und 2,5 cm. dick.

414. **Pichon** (Gaz. d. hôpit. Paris 1865. XXIII, p. 169 — cit. nach Graefe: l. c. p. 71). 1) 21jährige II-gravida. Erste Geburt vor 2 Jahren. Menses 8 Monate ausgeblieben. Dann Ausstossung einer an der Oberfläche stark verfetteten Mole von Zweifaustgrösse.

415. 2) 30jähr. III-gravida. Letzte Regel 1 Jahr vor der Ausstossung einer faustgrossen Mole.

416. **Pinard** („Retention of the dead foetus in the uterine cavity". New York Med. Journ. No. 5, p. 138. 1891.)

417—418. **Polacco** („Retention der Frucht im Uterus". Il Morgargni 1887/88. Mailand 1888. s. Centr. f. Gyn. 1888 No. 36, S. 592.) 2 Beobachtungen von Cuzzi in Pavia. Eine IX-gravida blutete im 2. Monate. Opium, Blutung hörte auf, aber einige Monate lang blutig tingirter Ausfluss, $4^1/_2$ Monate später Laminariaeinführung durch einen andern Arzt, der die Frau nicht für schwanger hielt: Ei mit einem 2,5 cm langen Embryo ausgestossen. In dem anderen Falle: IX-gravida: die Frucht starb bei retroflexio uteri gravidi im 4. Monate ab,

2 1/2 Monate später wegen übelriechendem Ausfluss Uterinspülung, wonach das todtfaule Ei ausgestossen wurde. In beiden Fällen war Opium gereicht worden bei drohendem Abort.

419. **Puech, P.** („Rétention prolongée du placenta et des membranes après avortement" Arch. de Tocol. et de Gyn. No. 12, XXI., p. 951. 1894. — ref. Frommels Jahresber. VIII. Jahrg., S. 602). 29jähr. IV-gravida, zuletzt vor 3 Jahren entbunden. Beginnender Abort Mitte des 3. Monats. Ei in der Cervix fühlbar. Nachlass der Wehen, Muttermund schliesst sich wieder. Nach 6 Monaten wiederholte starke Blutung. Cervix geöffnet; über dem Os int. ein Ei fühlbar. Uebelriechender Ausfluss. Entfernung des Eies, welches keinen Foetus enthielt, durch Curettement, Genesung.

420. **Raum** in Warschau extrahirte am 23. Februar 1897 bei einer 38jährigen Frau, die 3 ausgetragene Kinder geboren und danach vor 2 Monaten im 4. Schwangerschaftsmonate nach einem Falle abortirt hatte, und wegen anhaltender Blutungen seit jenem Abort eingetreten war, aus der nach rechts geneigten und vergrösserten Gebärmutter, deren Hals den Finger eindringen liess, sub narcosi 4 macerirte ganz weisse Schädelknochen einer anscheinend 3—4 monatlichen Frucht. Hysterioskalpsis. Genesung. Es waren beide ossa parietalia und beide ossa temporum. Die Knochen befinden sich in meinem Besitze und wurden mir von Dr. Raum gleichzeitig mit der obigen Notiz auf meine Bitte überreicht.

421. **Reader** (Boston med. Journ. Sept. 1881) berichtet über eine 3 Monate lang symptomenlos in utero retinirte, dann ausgestossene Placenta.

422. **Repkewitz:** „Geburten macerirter Früchte". Diss. Inaug. Königsberg 1895.

423. **Rizzoli** (s. Pilla l. c. p. 360 cit. nach Liebmann l. c. p. 63): Mehrgeschwängerte. Schwangerschaftsbeginn August 1855. Kurz nachdem die Kindesbewegungen fühlbar geworden waren, stürzte die Patientin von einer beträchtlichen Höhe. Die Kindesbewegungen hörten auf; die Gebärmutter wurde kleiner; der Gesundheitszustand der Schwangeren nöthigte sie, das Bett zu hüten. Als sie Rizzoli Anfang März des folgenden Jahres sah, waren ihre Gesichtszüge verfallen; sie erbrach fortwährend, war auf das Aeusserste erschöpft; die Gebärmutter sehr empfindlich, aus derselben floss eine jauchige Flüssigkeit. Nach einigen Tagen stellt sich Fieber ein, welches stets mit heftigen Frostanfällen begann. Nachdem alle Mittel, die Frühgeburt zu erregen, vergeblich angewendet worden waren, versuchte Rizzoli die Suction der Brustwarzen, und nach dreissig Stunden erfolgte die Geburt einer mumificirten, anscheinend 4monatlichen Frucht. Die Placenta und die Eihäute zeigten beginnende Fäulniss.

424. **Rizzoli** (Pilla l. c. p. 347 — cit. nach Liebmann, l. c. p. 59): Eine Mehrgeschwängerte fühlte nur durch kurze Zeit Kindesbewegungen, auch blieb der Uterus auf dem dem 5. Schwangerschaftsmonate entsprechenden Volumen stehen. Zu Ende des 9. Monats erfolgte die Ausstossung des ganzen Eies. Dieses ist 10 cm lang, 5,8 ctm breit. Die Placenta wird durch eine Fleischmasse dargestellt; die Eihäute enthalten sehr wenig Fruchtwasser. Der (mumificirte?) Foetus misst, bei gebeugten und dem Bauch angepressten Oberschenkeln 5,3 cm.

425. **Romeling** („Ein Fall von langwährender Retention eines abgestorbenen Foetus in utero". Geneesk. Courant. 1891, No. 95, 1091.)

426. **Rosner** (Jahrb. d. Krakauer gyn. Geb. 1995. Bd. VI, p. 72 [Polnisch]:) 4monatliche Retention einer im 3. Monate abgestorbenen Frucht bei einer Multipara. Kein Eingriff, sondern weiteres Zuwarten.

427. **Braun** entfernte bei einer Blutung ein 3 monatliches laut Anamnese seit 1 1/2 Jahren ohne Gesundheitsstörung retinirtes Ei.

428. **Ross** („Missed abortion". Canada Med. Rec. Montreal. 1889 bis 1890. XVIII.)

429—431. **Rossier**: „Trois cas de missed abortion". (Revue méd. de la Suisse Romande 1897, p. 109.)

432. **Roth** (Deutsches Archiv f. klin. Med. 1878. Vol. XXIII, 5, 177. — cit. nach Graefe l. c.): 36jährige IX-gravida hat 8mal normal geboren, nie abortirt. 1876: Retroflexio uteri, chronische Metritis. Mitte Mai 1877 letzte Regel. Retroflexio uteri gravidi. Juli Uebelkeit, Schwäche; August Aufhören der Schwangerschaftsbeschwerden; Mitte November praemonitorische Wehen, 18. Februar desgl., 19. Februar 1878 Abort. Placenta ziemlich regelmässig, oval, plattrundlich 4,5 und 4 cm breit und 2 cm dick, an der uterinen Fläche aus dicht gedrängten, normalen Zotten bestehend. Foetus abnorm, Anfang des 4. Monats abgestorben, nach 5 1/2 monatlicher Retention ausgestossen. (Roth soll 36 Fälle von Retention abgestorbener Früchte aus der Literatur zusammengestellt haben, leider war mir seine Arbeit im Original nicht zugänglich.)

Ruge („Ueber den Foetus sanguinolentus." Zeitschr. für Geb. und Gyn. 1877. Bd. I, S. 57—119). E. Martin hat die Bezeichnung eingeführt für die nicht fauligen Früchte, die doch früher als „todtfaul" bezeichnet wurden. „Der Foetus sanguinolentus zeigt eine in Blasen, Pemphigusblasen, ähnlich erhobene Epidermis, die Blasen enthalten klare, seröse oder schmutzig-trübe, röthlich gefärbte Flüssigkeit. Die Oberhaut löst sich leicht in grösseren Fetzen vom Corium ab und letzteres liegt röthlich imbibirt, oft bräunlich, pergamentartig erscheinend, frei zu Tage. Das Unterhautfettgewebe ist weinroth gefärbt und ödematös, namentlich am Schädel, wo eine Kopfgeschwulst vorgetäuscht werden kann, die selbst, freilich nur scheinbar, unter dem Geburtseinfluss wächst (in seltenen Fällen gesellt sich hierzu breiige, zwischen Haut und Knochen liegende Hirnmasse), am Abdomen, wo dadurch bei der dann oft über 1 cm dicken Bauchwand eine Pseudofluctuation entsteht. Weniger findet sich das blutig gefärbte Oedem auf der Brust, den Händen und Fussrücken. Die Starrheit der Glieder ist aufgehoben; der Foetus sanguinolentus lässt sich leicht in alle Stellungen bringen, und am häufigsten kommt die Geburt unter den Fällen cum conduplicato corpore bei macerirten Früchten vor. Die Nahtverbindungen sind am Schädeldach gelockert, die Knochen leicht untereinander verschiebbar und leicht aus ihren Verbindungen und vom Peri- und Endocranium, die Röhrenknochen von ihrem Periost löslich. Die inneren Organe bieten sämmtlich ziemlich gleiche Veränderungen dar: blutige Inhibition, blutig seröse Flüssigkeitsanhäufung in den Körperhöhlen, die scharfen Grenzen im Parenchym der Organe verwischt. Intima der grösseren Gefässe blutig tingirt. Das Blut ist nicht immer, wie behauptet wird, aus den Gefässen verschwunden, sondern oft als braunrothe dunkle Masse oder als Coagula in ihnen zu finden. Uterus und Lungen sind von den Organen noch am besten erhalten. — Der Foetus sanguinolentus macht den Eindruck des Produktes einer feuchten Auflösung, nicht der Fäulniss, zu der er erst nach längerem Liegen an der Luft neigt; er riecht nicht faul, sondern bietet einen misslichen, widerlichen, faden Geruch dar."

Max Runge (Arch. f. Gyn., Bd. 12, Heft I, p. 16, 1877): „Ueber den Einfluss der gesteigerten Temperatur der Mutter in der Gravidität auf das Leben der Frucht". — (Die Frucht wurde meist erst lange nach ihrem Absterben ausgestossen.)

433. **Schlocker** („Ein Fall von missed abortion". Journ. f. Geb. u. Fr. [Russisch] 1891 No. 10, p. 847).

434. **Schellenberg** (Archiv f. Gyn. Bd. XII. 1897, p. 482: „Fall von langdauernder Retention einer abgestorbenen Frucht in der Gebärmutter") beschrieb eine 5 monatliche Retention einer im 6. Monat abgestorbenen Frucht. Die Frucht war plattgedrückt, mumificirt, Nabelschnur torquirt, Placenta mit Apoplexien durchsetzt.

435. **Schrader** (Centr. f. Gyn. 1897, N. F., S. 195): sah Absterben der Frucht im 6. Monat und Ausstossung $5^1/_2$ Monat später. Die Ursache solch auffallender Trägheit im Uterus sei zuweilen tiefer seitlicher Sitz der Placenta.

Schroeder (Lehrb. der Geburtshilfe. 8. Aufl. Bonn 1884, p. 468) schreibt in einer Anmerkung Folgendes: „Eine mehrwöchentliche Zurückhaltung des todten Foetus ist ganz gewöhnlich. Nicht selten sind keine abnormen subjektiven Empfindungen dabei vorhanden, häufig aber treten charakteristische Symptome auf: Kleiner- und Weichwerden des Uterus, sowie Schlaff- und Welkwerden der Brüste, Gefühl der Mutter, als ob ein schwerer Körper im Unterleib hinunterfalle, Frösteln, Mattigkeit, schlechter Geschmack und dergleichen abnorme und vorher nicht dagewesene Gefühle. Eine mehrmonatliche Retention gehört schon zu den grossen Seltenheiten [(Schroeder: v. Scanzoni's Beiträge Bd. VII, Heft 1.) (Mc. Clintock: Obst. Journ. of Gr. Br. February 1875, p. 722.) (Roth: Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. XXIII, S. 177)]; noch seltener ist es, dass die Frucht zurückgehalten wird oder dass sie ganz im Uterus liegen bleibt.

Missed labour: Müller („De la grossesse utérine" etc., Paris 1878 hat sich bemüht, durch sorgfältige Kritik der hier in Betracht kommenden Fälle nachzuweisen, dass eine Retention der abgestorbenen Frucht über die gewöhnliche Schwangerschaftsdauer nicht vorkommt. Für eine Anzahl dieser Fälle besonders der älteren Literatur ist seine Kritik gewiss zutreffend; [s. a. Küchenmeister, Archiv für Gyn., Bd. XVII, S. 153 und Barnes: London, Obst. Tr. vol. XXIII].) Frucht sowohl wie Ei können sich bei längerer Retention verschieden verhalten. (Nur ganz ausnahmsweise bleibt die Frucht allein zurück, während Placenta und Eihäute ausgestossen werden; s. Noeggerath, Chamberlain und Peaslee, Amer. Journ. of Obst., vol. IV, p. 551 und Sołowjoff, Wiener med. Woch. 1874 No. 45.) Die Frucht kann, wenn sie noch klein ist, nachdem das Fruchtwasser resorbirt wurde, aber auch nachdem es abgeflossen ist, allmählich zusammentrocknen und so in mumificirtem Zustande lange erhalten werden. Unter gewissen, noch ganz unbekannten Bedingungen kann sie sich aber auch ganz auffallend frisch erhalten, so dass sie, während die weiter gewachsenen Eihäute den Tod der Frucht um Wochen oder Monate zurückbestimmen lassen, sich verhält, als ob sie erst vor ganz kurzer Zeit abgestorben wäre. War die Frucht älter, so vereitert oder verjaucht sie in der Regel, und es werden dann allmählich die Knochen der Frucht nebst jauchigen Weichtheilen unter Eiterung aus dem Uterus ausgestossen. Ganz ausnahmsweise bleibt die Frucht für die ganze Lebensdauer im Uterus liegen und wird dann in eine Art Lithopaedion umgewandelt, ein Vorgang, der bei Kühen und Schafen häufiger ist. — Auch die Placenta bietet ein sehr verschiedenes Verhalten dar. In manchen Fällen unterscheidet sie sich in nichts von der Nachgeburt bei andern rechtzeitig erfolgten Aborten, oder ist durch Blutergüsse in eine sogenannte Blutmole umgewandelt. Die Placenta kann aber weiter wachsen, so dass man bei kleiner mumificirter Frucht eine grosse, wohlentwickelte, wenn auch blasse Placenta treffen kann.

Wenn in diesen letzteren Fällen der Eintritt der vorzeitigen Geburt ausbleibt, so ist das verständlich, da die gewöhnliche Ursache des vorzeitigen Geburtseintrittes wohl zweifellos in der Trennung des Zusammenhanges zwischen Ei und Uterus zu suchen ist und die Geburt also ausbleiben wird, wenn auch nach dem Tode der Frucht die Eihäute weiter ernährt werden. Diese Erklärung trifft aber nur für einen Theil der Fälle zu. Zur Erklärung der anderen muss man wohl eine verringerte Empfänglichkeit des Uterinnervensystems für die gewöhnlichen Reize annehmen. Dieselbe mag in manchen Fällen peripherer Natur sein, so macht Slawjansky (Transact. of the Edinb. Obst. Soc. Vol. III, p. 233) auf Grund eines von ihm beobachteten Falles von etwa fünfmonatlicher Retention die Endometritis decidua chronica mit Verdickung und Verhärtung der Decidua dafür verantwortlich, dass das Ei nicht rechtzeitig ausgestossen wurde. In anderen Fällen ist es aber wohl die Unterbrechung der Leitung zur Medulla, welche die Geburt hindern kann, wenn sie dies auch nicht regelmässig thut. So sah Madge (Brit. Med. Journ. 16. Dec. 1871) eine siebenmonatliche Retention des mumificirten, vier Monate alten Foetus bei einer Paralytischen und Borham (Lancet, December 1870) extrahirte in einem ähnlichen Fall, in dem im siebenten Monat eine vollständige Lähmung und Anaesthesie der unteren Körperhälfte eingetreten war, als die Wehen ausblieben und das lange abgestorbene Ei sich zersetzte, die faule Frucht durch den dehnbaren Muttermund ohne Schwierigkeit."

436. **Schroeder** (v. Scanzoni's Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. VII, Heft 1): 34jährige IV-para. 1866 Frühjahr letzte Geburt, 16 Monate langes Stillen, Ende Mai letzte Regel, starke Leibeszunahme, nach 5 Monaten wieder Abnahme: Schwangerschaft von 5 Monaten constatirt, aber Uterus härter als gewöhnlich bei Mehrgebärenden. Am 22. Juni ein degenerirtes Ei von 24 Loth Gewicht ausgestossen; stark hypertrophische Decidua. Placentarstelle nimmt die Hälfte der Eiperipherie ein. Embryo $^3/_4$ cm lang. Die Eihöhle enthielt kein Wasser; in dieselbe ragen von der Placentarstelle dicke Wülste, durch Blutergüsse gebildet. Mehrmonatliche Retention eines abgestorbenen Eies. (cit. n. Graefe l. c. p. 67.)

437. **Schroeder** (ibid.): 36jährige IV-gravida. Menses seit 12 Monaten ausgeblieben. In der ersten Zeit gewöhnliche Schwangerschaftsbeschwerden. Nach 4 Monaten Erbrechen, Frösteln, 14 Tage später Blut verloren. Nach 4 weiteren Monaten abermals Blutung. Dann 14 Tage vor Abort nochmals. Gänseeigrosses Ei, sieht aus wie eine dicke Placenta, doch auch noch Eihäute daran. Eigentliche Eihöhle fehlt. Kein Foetus. Amnion und Chorion an der Placentarstelle von Blutergüssen buckelartig vorgetrieben. Placenta im Uebrigen einer frischen, ziemlich blutarmen ähnlich.

438. **Schroeter** (Beiträge z. Geb. u. Gyn., herausg. von d. Ges. f. Geburtshilfe in Berlin. 1875. IV. Bd. 1. Nachtr., S. 11) beschreibt das Absterben eines Foetus in der 31.—32. Schwangerschaftswoche und spotane Ausstossung desselben in der 37. Woche. Die Frau hatte demnach den todten Foetus wenigstens 4 Wochen hindurch getragen. Das Absterben des Foetus wird auf einen Fall mehrere Stufen hinunter auf der Treppe bezogen. Einige Tage nach dem Fall sollen die Kindesbewegungen aufgehört haben Die einzigen Beschwerden der Frau diese 4 Wochen hindurch waren Kältegefühl und beständiges Kränkeln ohne irgend welche prägnante Symptome und ohne Bettlägrigkeit. Foetus maccerirt, Placenta nicht atrophisch. Keine Spur von Verletzungen der Mutter oder des Eies nachzuweisen. („Casuistischer Beitrag zur Retention abgestorbener Früchte im Uterus".)

439. **Schwabe** (Siebold's Journ., Bd. XVII, H. II, 1838 — siehe Neue Zeitschr. f. Geb., Bd. XI, S. 290 — siehe Liebmann, l. c. p. 57): Eine im 6. Monate der Schwangerschaft unter Blutungen abgegangene Fleischmole, welche einen Foetus enthielt, der einem 3monatlichen völlig glich. Umschlingungen der Nabelschnur um einen Fuss des Foetus bewirkten die fast vollständige Abtrennung des Fusses und vielleicht auch den Tod der Frucht. Liebmann, der den Aufsatz nur aus dem Referat kennt, glaubt, das als Mole angesprochene Gebilde sei wohl einfach die Placenta gewesen.

440. **Schultze** („Amputation des Corpus uteri mittelst Laparotomie wegen Retention der Placenta und puerperaler Sepsis." Centr. f. Gyn. 1886, No. 47, S. 764): S. führte die Operation am 6. Tage post partum aus. 21 Jährige gebar am 7. September 1886 ein 7monatliches Kind. Placenta folgte nicht, Nabelschnur wurde abgerissen. Ein einige Stunden später herbeigerufener Arzt konnte wegen Cervixenge die Placenta nicht entfernen. Dasselbe gelang auch Schultze sub narcosi in der Klinik nicht. (Uterus in geringem Grade doppelt.) Trotz Ausspülungen + 40,0 ° C. Placenta faulig, fortschreitende Sepsis. 13. September Bauchschnitt. Uterus missfarbig, nur eine ihm anliegende Darmschlinge peritonitisch afficirt. Nach Uteruseröffnung die aashaft stinkende Placenta entfernt. Der Zerfall der Uteruswand erstreckt sich am Fundus bis 2 mm unter der Peritonealoberfläche. Also supravaginale Amputation, und weil Stumpf verdächtig, in die Bauchwunde eingenäht. Genesung. S. präcisirt die Indication zur Sectio caesarea, eventuell cum amputatione uteroovarica bei Retentio placentae, eventuell der faulenden Placenta.

In der Discussion erwähnt Hegar seinen Fall von Sectio caesarea: Kreissende mit Prolapsus uteri und Elongatio colli. Wasserabfluss am ersten Tage. Nach 5tägigen Wehen Hals nur mangelhaft erweitert, 8 cm lang. Corpus uteri tetanisch fest contrahirt. Arm vorliegend, Wendung unmöglich. Jauchebildung im Uterus. Nach Kaiserschnitt Frucht und Placenta entfernt. Da die grüngelbliche Entfärbung nur einige Millimeter in die Tiefe der Uteruswand reichte, Kaiserschnitt conservativ. Genesung.

441. **O. Semb** („Om »missed abortion«." Festskrift for Hjalmar Heiberg. Kristiania, p. 213—220).

442. **M. Singen** („Ein Abortus am Ende des 10. Lunarmonates." Allg. Wiener med. Zeitschrift 1888, No. 4). VIII-gravida, nach Schrecken im vierten Monate gehen die Schwangerschaftserscheinungen zurück. Am Ende des zehnten Monates ein 4monatliches Ei ausgestossen.

443. **Sinclair** („On missed abortion." Brit. Gyn. Journ. August 1887).

444. **Sjödahl** (Eira 1891, No. 10, p. 392—25: Missed abortion: Ausstossung eines 4monatlichen Eies im 7. Monat).

445—446. **Skjelderup** (Christiania Tedskrift for praktisk Medicin, No. 18, 1882) (siehe Thoman l. c.) berichtet die Retention eines Abortiveies, welches im 4. Monate abgestorben am normalen Schwangerschaftsende ausgestossen wurde. Bei derselben Frau wiederholte sich das gleiche Vorkommniss noch einmal, indem sie abermals eine im 4. Monat abgestorbene Frucht bis zum normalen Schwangerschaftsende, also 5 Monate ohne jede Reaction, in utero zurückbehielt.

447. **Slawjanskij** (Prager Vierteljahresschrift, Bd. CIX, 1871, S. 130 — siehe Liebmann, l. c. p. 57): Zweitgebärende. Letzte Menstruation am 15. Januar. Ausstossung einer faultodten (mumificirten?), ein halbes Pfund schweren, 16 cm langen Frucht am 3. August, nachdem die Kindesbewegungen

durch 2 Monate nicht mehr gefühlt wurden. Nabelschnur ohne Torsion. Placenta wurde mit Mühe gelöst. Befund an derselben als Resultat einer Endometritis placentaris gummosa gedeutet.

448. **V. Smith** („Retentio foetus mortui." Tidsskr. f. pr. Med. 1882, No. 6 — ref. Centr. f. Gyn. 1882, No. 22, S. 351): Starker Schüttelfrost Ende des 5. Monats, Aufhören der Kindesbewegungen. Am normalen Schwangerschaftsende 4monatliche Frucht im ganzen Ei ausgestossen, Foetus und Nabelschnur mumificirt.

Staeger („Symptome und Behandlung der Schwangerschaft und Geburt bei in der zweiten Hälfte der Gravidität abgestorbenen Früchten." I.-D. Bern 1895 — siehe Centr. f. Gyn. 1896, No. 24, S. 647): 123 Fälle zusammengestellt, wo die Retention der todten Frucht einige Tage bis 6 Wochen betrug und eine Anregung der Geburt nur dann für nöthig erachtet wurde, wo es andere Umstände, z. B. Nephritis, erforderten.

449—451. **Stein** („3 Fälle von Retention abgestorbener Früchte in utero." Journ. f. Geb. u. Gyn. [Russisch], Sept. 1896, p. 1028). (St. Petersb. Med. Woch. — Russ. med. Lit. 1896, 10.)

452. **Stroganoff** (Journ. f. Geb. und Fr. [Russisch] 1895, S. 1025): 4monatliche Retention eines im 4. Monat abgestorbenen Eies. Blutungen. Ausschabung. Das Ei enthielt Drillinge, von denen einer missgestaltet war.

453. **Fairbank Thomas** (Transact. of the Obst. Soc. of. London, p. 1, 1867, und Jahresber. d. med. Wissensch. von Virchow und Hirsch 1868, p. 630 — siehe Thoman: Schwangerschaft und Trauma, Wien 1889, p. 29): Durch Quetschung zwischen einem Wagen und Brückengeländer erlitt eine 25jährige Frau, im 6. Monat schwanger, eine Fractur des Beckens mit Läsion im Uterus; Blut ging ab; Foetalpuls bald darauf nicht hörbar, wohl aber Uteringeräusch. Das Os ileum dextrum schien vom os sacrum getrennt, der rechte horizontale Schambeinast in seiner Mitte gebrochen, der Riss schien sich auf den absteigenden Ast fortzusetzen. Uterus sonst unverletzt. Von der nun folgenden Peritonitis erholte sich die Kranke binnen 2 Monaten: das rechte Darmbein blieb einen Zoll höher stehend als das linke. Drei Monate nach dem Ereigniss wurde das Kind todt in seinen Häuten geboren. Auch von der atonischen schweren Blutung erholte sich die Frau. Die Frucht erschien 5—6 Monate alt, stark macerirt, unverletzt, die Placenta derb. Bald wurde die Frau von neuem schwanger und starb eine Stunde nach der mit der Zange beendigten Geburt. (Der Arzt kannte das frühere Unglück der Frau nicht.)

Es war nach jenem Trauma die Frucht abgestorben und 3 Monate in utero retinirt worden bis an das normale Schwangerschaftsende.

454. **Todd** („Ein Fall von »missed abortion.«" New York med. Journ., 13. Sept. 1884, p. 293 — ref. Centr. f. Gyn. 1885, No. 10, S. 160): 30jährige Pluripara, vor 7 Monaten geschwängert, 8 Wochen später nach Angabe des Arztes Abort, obgleich die Frau kein Abgehen von Stückchen bemerkt hatte. Darauf regelmässige Menstruation, bis sie unter wehenartigen Schmerzen erkrankte. T. fand den Uterus hart und vergrössert, Finger fühlte im offenen Mutterhals den Eisack. Nach Ergotin Abort nach $2^1/_2$ Stunden zur grössten Verwunderung der Frau, die daran nicht glauben wollte. An der einen Seite lag die Placenta $2^1/_2$ Zoll breit und $^3/_4$ Zoll dick, und an einzelnen Stellen Zeichen künstlicher Abtrennung tragend. An der anderen Seite war der ungeborstene Eisack, welcher

circa 8 gr blutiger Flüssigkeit, aber keine Spur von Foetus enthielt. Die Frau hatte also vor 7 Monaten unvollständigen Abort im 3. Monate der Schwangerschaft, der Foetus war macerirt und dann absorbirt durch Vermittelung der noch vorhandenen, nicht getrennten Verwachsungen der Placenta.

455. **H. Treub** („Quatre observations de fibromes compliquant la grossesse." Archives de Tocol. et de Gyn. 1894, No. 11, Vol. XXI, p. 806): In einem Falle von Zwillingsabort infolge grossen Fibroms der hinteren Muttermundslippe, das sich gegen das Becken hin entwickelt hatte, konnten die Placenten von der Scheide aus nicht entfernt werden; Muttermund bereits wieder geschlossen. Vagino-abdominelle Totalexstirpation des Uterus wegen Retentio placentae.

456—457. **Triaire** („2 Fälle von Retention der Placenta nach Abort." — Gaz. d. hôpit. 1877, No. 41 — siehe Centr. f. Gyn. 1877, No. 7, S. 136) tritt für Abwarten ein, einmal am 4. Tage spontane Ausstossung, im anderen Falle künstlich. T. erwähnt Joulin's Fall, wo die Placenta 40 Tage ohne üble Folgen retinirt wurde.

458. **Vassal** (Gaz. méd. de Paris 1835, p. 172 — cit. nach Liebmann, l. c. p. 66): Nach einem Falle auf das Gesäss erkrankte eine im 3. Monat schwangere Dame mit heftigen Fiebererscheinungen, welche täglich unter Auftreten von Schüttelfrösten exacerbirten und unter profusen Schweissen nachliessen. Dieser Zustand dauerte einen Monat hindurch. Die Frau war äusserst erschöpft. Die Gebärmutter war sehr empfindlich, aus derselben floss eine blutige Jauche aus. Der ganze Process endigte mit der Ausstossung einer dreimonatlichen, in vollständiger Zersetzung begriffenen Frucht bei starker Blutung.

Vaust (jun.) (Annal. de méd. belge. Août 1838 — cit. nach Graefe l. c.): 38 Jährige, letzte Regel 21. August 1837. Vom 4.—5. Monate schwache Bewegungen, damals ein Fall, danach Schmerzen in der Nierengegend und Athembeklemmung, die die ganze Schwangerschaft anhielten. Bauch und Brüste sanken allmählich zusammen, Bewegungen hörten auf. 3. Mai 1838 Abort. Verhärteter Foetus, dessen Epidermis sich abstreifen lässt. Foetus schien 5 monatlich. Placenta von Volumen wie im 9. Monat, vollkommen gesund. 3½ monatliche Retention (s. 400).

459. **Verardini** (siehe Pilla: dell' atrofia, mumificazione e consunzione etc. Bulletino delle sc. med. Bologna. Maggia 1866, p. 346 — cit. nach Liebmann, l. c. p. 60): Von der Mitte der Schwangerschaft an (Kindesbewegungen werden nie verspürt) treten Blutungen auf, die Gebärmutter wuchs nicht mehr, wurde eher kleiner, den Blutungen folgte ein übelriechender, jauchiger, zersetztes Blut enthaltender Ausfluss, der über 4 Monate dauerte; darauf wurde das ganze Ei ausgestossen. Es enthielt sehr wenig Fruchtwasser, der Foetus mochte in der 18. Woche der Schwangerschaft abgestorben sein; er war erweicht und in einem Zustande von beginnender Zersetzung. Die Placenta blutleer.

460. **Ch. Vinay** („Einleitung der Geburt durch salicylsaures Natron bei Retention eines todten Foetus." Lyon méd., 3. November 1895, p. 305 — siehe Ref. Centr. f. Gyn. 1897, No. 5, S. 147): Bei der 12. Schwangerschaft starb die Frucht gegen Ende des 5. Monates ab; 3 Monate später ergab sich aus heftigen Leberkoliken, Icterus und Herunterkommen der Frau die Indication, den Uterus zu entleeren. V. gab 5 gr Natron salicylicum täglich, am 5. Tage wurde die todte Frucht spontan ausgestossen, Wochenbett normal, das Leberleiden schwand. V. empfiehlt auf Grund seiner Beobachtung das Natron salicylicum zur Austreibung des abgestorbenen Foetus.

461. **Warner** („Retention of the embryo after its death." Harper Hosp. Bullet. Detroit 1891/92, II, p. 21).

462. **Watkin** („Retention of dead foetus." New-Orleans, Med. and Surg. Journal, January 1889).

463. **Wegener** (Geb.-Ges. zu Hamburg — siehe Centr. f. Gyn. 1893, No. 27 — cit. nach Graefe, l. c. p. 72): Letzte Regel 14. September 1891. Subjectives Gefühl der Unterbrechung der Schwangerschaft Weihnachten 1891. Ausstossung des Eies am 20. November 1892. Keine Frucht. Innenwände des Eies durch höckrige Fibrinklumpen uneben vorgebuchtet.

474. **G. J. Wychgel** („Een geval van retentio placentae." Geneesk. Tydschr. v. Nederl. Indie., Bd. XXXV).

465. **Young** (siehe Hennig, l. c. p. 296) fand einen in utero retinirten Foetus mit Adipocire, stinkend.

Zeller („Grundsätze der Geburtshilfe." Wien 1781, S. 87): „Wenn das empfangene Kind aus irgend einer Ursache während der 3 ersten Monate abstirbt, so setzt oft die Nachgeburt nach dem ihr in der Gebärmutterhöhle verstatteten Raume ihr Wachsthum noch fort und schliesst die abgestorbene Frucht völlig ein. Zwar wird die Gebärmutter in der Mehrzahl der Fälle Anstrengungen machen, die abgestorbene Frucht aus sich herauszustossen, in einzelnen Fällen scheint es aber dem Gebärorgan an Kraft zu fehlen, sich zu contrahiren, und die Bildungsthätigkeit derselben geht dann in krankhafte Plastik über."

Spätgeburt — Partus serotinus.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass es sich in so manchen als Spätgeburt beschriebenen Fällen um Retention einer abgestorbenen Frucht handelt, deshalb habe ich die neueren Beobachtungen von Spätgeburt zu sammeln begonnen, konnte aber leider, da die Referate sich meist nur auf die Wiedergabe des Titels der Arbeiten beschränken, dieser Frage nicht näher treten. Streng genommen sollten aus dem Begriffe der Spätgeburt nach übermässig langer Schwangerschaft die Fälle von Retention abgestorbener Früchte ausgeschlossen werden, und doch ist dies nicht immer durchzuführen, weil uns oft die Kriterien dafür fehlen, wann die bei Spätgeburt todtgeborene Frucht abgestorben ist. In der Definition heisst es, die Spätgeburt, verspätete, überzeitige Geburt (Naissance tardive, retardée, Backward birth nach Prolonged gestation), bezeichne die Geburt eines lebenden oder frischtodten Kindes nach einer abnorm langen Schwangerschaftsdauer. Ja, ist es nicht denkbar, dass im Falle einer Spätgeburt nach dem Tode des Gatten gerichtlich-medicinische verschiedene Ansichten seitens der Experten ausgesprochen werden? der eine Expert nimmt an, das todtgeborene Kind sei frischtodt, der andere spricht von Retention einer todten Frucht durch so und so viele Wochen. Die Ehre der Wittwe und ihre sociale Stellung hängen davon ab, ob das todte Kind legitim war oder nicht. Da somit die Frage der Retention einer abgestorbenen Frucht in utero und die Frage der Spätgeburt in nahen Beziehungen zu einander stehen, so habe ich mich entschlossen, anhangsweise hier kurz die Spätgeburt zu erörtern.

Wenn im Allgemeinen die normale Dauer der Schwangerschaft beim Weibe auf 40 Wochen = 280 Tage bestimmt wird, so kommen doch Fälle von einige Tage längerer Dauer der Schwangerschaft oft genug vor. Die Fälle jedoch, wo von dem Beginn der Schwangerschaft bis zur Geburt des lebenden Kindes resp. frischtodten Kindes bis 300 Tage und mehr verflossen sind, sind selten (überreifes, übertragenes Kind). Schon frühere Autoren, wie Louis, Bouvart, Metzger, Rehmer, haben das Vorkommen von Spätgeburten absolut geleugnet und die als Spätgeburten bezeichneten Fälle auf absichtliche oder zufällige, falsche Deutung zurückgeführt, andere wieder, wie J. Burns, sehen in einem verfrühten oder verspäteten Eintreten der Geburt des reifen Kindes nichts Ausserordentliches, da der Zeitpunkt der Geburt nicht bestimmt sei, sondern die Geburt vor sich gehe, sobald die Frucht ausgebildet sei. Das Wahre liegt in der Mitte. Spätgeburten bei Thieren, wo der Termin der Cohabitation, die zur Schwängerung führte, genau festgestellt war, sind mehrfach erhärtet worden, wie z. B. von Wagner, Heister, Wildberg, Harvey, Leroy. Namentlich gelten für die Schwankungen im Geburtstermine als belegend die von Tessier an Kühen gemachten Erfahrungen. Die Kuh trägt — am ähnlichsten dem

menschlichen Weibe — ihre Schwangerschaft 9 Sonnenmonate. Tessier fand, das von 160 Kühen 14 zwischen dem 240. und 266. Tage, 3 am 270., 50 zwischen dem 270. und 280., 68 zwischen dem 280. und 290., 20 am 300. und 5 am 305. Tage kalbten, so dass zwischen den äussersten Schwangerschaftsgrenzen Schwankungen von 1 bis zum 67. Tage lagen. Stellt die Mehrzahl der Geburten, die zwischen dem 270. und 290. Tage nach der Empfängniss stattfanden, die Regel dar, so sind jene 25 am 300. und am 308. Tage erfolgten Geburten als Spätgeburten zu bezeichnen. Aehnliche Beobachtungen sind am menschlichen Weibe wiederholt gemacht und wenn auch lange nicht alle unzweifelhaft sind, sachgemäss und wahr geschildert, so giebt es doch unzweifelhaft feststehende Beobachtungen von Spätgeburten beim Menschen. Ausgeschlossen sind dabei selbstverständlich Zurückhaltungen einer abgestorbenen Frucht in utero — missed labour — die sich ganz einfach erklären lassen als Analogon der Zurückhaltung extrauteriner Früchte. Wie so oft nach Absterben der Frucht das Ei in toto sich noch einige Zeit fort entwickeln kann — missed abortion, bis es schliesslich zu seiner Ausstossung kommt, so kommt Retention abgestorbener Früchte nach dem normalen Termin des Schwangerschaftsendes auch vor. Hier aber handelt es sich nur um diejenigen Fälle, wo entweder eine lebende oder frischtodte Frucht geboren wird. Glaubhafte Beobachtungen haben schon Osiander, d'Outrepont, v. Siebold, Schneider, Henke, Lobstein und Andere in früherer Zeit beigebracht. Der Arzt Foderé beobachtete bei seiner eigenen Gattin 2 mal Spätgeburt, einmal 40 Tage nach dem regelmässigen Schwangerschaftsende, das 2. Mal auch erst, nachdem die Schwangerschaft $10^1/_2$ Sonnenmonate gedauert hatte. Beide Male sollen nach Ablauf der 9 Sonnenmonate falsche Wehen und Abgang seröser Flüssigkeit beobachtet sein. Dr. Klein und der Geburtshelfer Sabini beobachteten jeder bei ihrer Frau Uebertragung der Frucht von je einem Kalendermonat. Montgomery berichtete eine Spätgeburt, Rigler's Fall soll nach Schröder sehr überzeugend sein: 4 Wochen nach dem erwarteten Termin wurde ein $19^1/_2$ Zoll langer und $10^1/_4$ Pfund schwerer todter Knabe mit stark entwickelten Haaren und Nägeln geboren. Die spontan ausgestossene Placenta wog über 3 Pfund und war mit Kalksalzen wie übersäet. Fruchtwasser fehlte fast vollständig. (Bond gab nach Schröder an, dass bei Spätgeburten zwischen Bauchdecken und Nabelschnurscheide ein rother Ring von 1—2 Linien Breite sich finde.) Beim Kaninchen wurden Schwankungen im Geburtstermin zwischen dem 27. und 35. Tage der Schwangerschaft beobachtet, beim Schwein, dessen Schwangerschaft normal 120 Tage dauert, Schwankungen vom 109.—138. Tage, beim Schaf (154) zwischen 146.—158. Tage, bei der Kuh (285 Tage) zwischen dem 240.—320. Tage, beim Pferde (340) vom 287.—419. Tage. Schlichting berechnete auf 456 Frauen mit festgestelltem Conceptionstermin die mittlere Schwangerschaftsdauer des Weibes auf 269,5 Tage. Die Grenzen schwankten zwischen 240 und 334 Tagen. Veit constatirte Differenzen in der Schwangerschaftsdauer derselben Frau 7 mal unter 10 Tagen, 4 mal unter 10—20 Tagen, 7 mal unter 20—40 Tagen, 2 mal über 40, 1 mal sogar 64 Tage. Nimmt man nach v. Winckel an, dass das Ei der zuletzt dagewesenen Menstruation befruchtet worden ist und rechnet von dem ersten Tage derselben an, so fand

Mattei als mittlere Dauer der Schwangerschaft .	265	Tage
Schlichting in 440 Fällen	273,1	„
Matthews Duncan	278	„
Wacht (junior)	279,87	„
Löwenhardt-Ahlfeld (166 Fälle)	281,6	„
Löwenhardt nach Hecker	284,5	„

Alle diese Beobachter constatirten zugleich Schwankungen von mindestens 30—35 Tagen nach oben oder unten von 280 Tagen (J. Veit). v. Winkel fand auf 5010 Schwangerschaften 70 mal Schwangerschaft von über 300 tägiger Dauer, 47 mal dauerte die Schwangerschaft über 302 Tage, es kamen diese 117 Beobachtungen von Spätgeburt auf die Zahl von 1700 Frauen, bei denen der Conceptionstermin festgestellt werden konnte; darnach berechnet v. Winckel auf Grund seiner Erfahrungen die Häufigkeit der Spätgeburten (über 300 Tage) auf 6,8%, berechnet die mittlere Dauer der Schwangerschaft auf 280 Tage, betrachtet Schwankungen in der Dauer der normalen Schwangerschaft zwischen 240 bis zu 320 Tagen und vielleicht noch weiter hinaus als erwiesen. Ludwig und Haller lassen die Möglichkeit einer Uebertragung des Kindes von einem Monat, Hebenstreit von 2 Monaten zu, Alberti, Teichmeyer, Büttner, Osiander von 3 Monaten, Mende bis zum 308. Tage. Die Möglichkeit einer Dauer der Schwangerschaft um eine Menstruationsepoche länger, also von 320 Tagen, ist nicht von der Hand zu weisen.

Welches Kriterium in der Beurtheilung der Wahrheit einer Spätgeburt geben Grösse und Entwickelungsgrad, Gewicht des Kindes, Placenta etc.? Eine übermässige Entwickelung, Kleinheit der Fontanellen, geschlossene Nähte, Gewicht bis zu 14 Pfund u. s. w. sprechen, wo sie constatirt werden, zu Gunsten der Annahme einer Spätgeburt, das Fehlen dieser Bedingungen schliesst jedoch eine stattgehabte Spätgeburt keineswegs aus, da alle diese Bedingungen sich bei zu frühgeborenen Kindern finden können, andererseits bei den stärksten Kindern z. B. auffallend weite Nähte und grosse Fontanellen gefunden werden. Persönlich habe ich bei einer übertragenen Schwangerschaft ein lebendes Kind von 14 Pfund russischen Gewichtes mit der Zange entwickelt, und ein sub partu wegen Dystokie durch übermässige Grösse (16 Pfund) abgestorbenes Kind in der Warschauer Klinik gesehen.

Die grösste Wichtigkeit hat die Frage der Spätgeburt für die gerichtliche Medicin. Wie lange Zeit kann in maximo von der Schwängerung bis zur Geburt verstreichen? Gemäss den verschiedenen Ansichten der Geburtshelfer haben auch die Gesetzgeber verschiedener Zeiten den äussersten Termin der Möglichkeit einer Spätgeburt verschieden bestimmt. Das römische Recht lässt nur für den 10. Monat Spätgeburten zu, der Codex Justinianus erklärt den partum undecimestrem für impiissimum et mirabilem. Der Côde Napoléon sagt, dass die eheliche Geburt eines Kindes, welches 300 Tage nach aufgelöster Ehe geboren wurde, bestritten werden dürfe, giebt also bis zum Ablauf der 300 Tage die Rechtmässigkeit des Kindes zu. Das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch für Oesterreich erklärt Kinder, die nach geschlossener Ehe im 10. Monat entweder nach dem Tode des Ehemannes oder nach gänzlicher Auflösung des ehelichen Bundes von der Gattin geboren werden, unbedingt für ehelich, die nach dem 10. Monat geborenen unterwirft es der Untersuchung der Sachverständigen. Das Allgemeine Gesetzbuch für die Preussischen Staaten (Preuss. Allg. Landrecht, Th. II, Tit. 2, § 19) sagt: „Ein Kind, welches bis zum 302. Tage nach dem Tode des Ehemannes geboren worden, wird für das eheliche Kind desselben geachtet“, dagegen lässt es für uneheliche Geburten eine Verspätung der Niederkunft nur bis zum 285. Tage zu. Von medicinischen Facultäten sind (ob mit Recht?) verschiedene Gutachten abgegeben, die Facultät in Halle hat eine Spätgeburt nach 11 Monaten und 15 Tagen, die in Giessen nach 12 Monaten, die Helmstädter nach 13 Monaten, die Ingolstädter nach 1 Jahr und 8 Tagen, die Leipziger nach 1 Jahr und 13 Tagen nach dem Tode des Ehemanns als rechtmässig erwiesen anerkannt. Das Preussische Civilgesetzbuch, Art. 315, sagt: „Die eheliche Geburt eines Kindes, welches 300 Tage

nach Auflösung der Ehe geboren ist, kann bestritten werden." Das Preussische Gesetz vom 24. April 1854, § 15, lautet: ,,Als Erzeuger eines unehelichen Kindes ist Derjenige anzusehen, welcher mit der Mutter innerhalb des Zeitraumes vom 285. bis 310 Tage vor der Entbindung den Beischlaf vollzogen hat. Auch bei einer kürzeren Zwischenzeit ist die Annahme begründet, wenn die Beschaffenheit der Frucht, nach dem Urtheil der Sachverständigen, mit der Zeit des Beischlafes übereinstimmt." Der Entwurf des neuen deutschen Civilgesetzes hat in den §§ 1467 und 1572 eine ,,Empfängnisszeit" bezw. Schwangerschaftsdauer gesetzlich statuirt; und zwar die Zeit zwischen dem 180. und 300. Tage nach dem bewiesenen Coitus als Geburtszeit eines lebensfähigen Kindes festgesetzt. Da nun Uebertragungen vorkommen, müsste nach H. Fritsch die Zeitdauer, wenigstens bei Posthumis auf 324—336 Tage verlängert werden. Andererseits würde eine solche Bestimmung der ,,Verlängerung der Empfängnisszeit" manchen Uebergriff und Betrug, ungerechtfertigte Ansprüche einer von einem anderen Manne Geschwängerten auf Alimente etc. zur Folge haben. Den längsten Termin lässt die gerichtliche Medicin für das nach dem Tode des Vaters geborene Kind, den Posthumus gelten; namentlich für Fälle, wo der Gatte durch einen Unglücksfall plötzlich um das Leben gekommen, ist diese Bestimmung sehr human, um jede Möglichkeit einer Ungerechtigkeit durch einen langen Termin auszuschliessen, wie Fritsch sich ausdrückt — denn bei längerem Siechthume wird der Ehemann nicht in der Lage sein, kurz vor dem Tode den Beischlaf zu vollziehen.

Neuere Beobachtungen von übermässig langer Schwangerschaftsdauer.

1. **Acker** (,,A case of prolonged gestation." Tr. Wash. Obst. and Gynaec Soc. N.-York 1890, p. 288).

2. **Barnouw** (,,Ueber Partus serotinus." Gravidität von 311 Tagen. Sitzungsber. d. Niederl. Gyn. Vereins in d. Nederl. Tydschr. v. Verl. u. Gyn., Bd. IV, p. 152).

3. **Bensinger** (,,Fall von 11monatlicher Gravidität." Centr. f. Gyn. 1893, No. 35, p. 816).

4. **Blake** (,,Protracted gestation." Transact. of the Edinb. Obst. Soc. 1892/93, Vol. XVIII, p. 246): Schwangerschaft von 323 Tagen. (,,A case of protracted gestation." Transact. of the Obst. Soc. of London 1892, Bd. II.)

5. **Cordes** (Antonio): Durée de la grossesse. Un cas de grossesse prolongée. 1895 Roma. Atti dell XI. Congresso med. internazionale, Vol. V, p. 247).

6. **Fitzgerald** (Dubl. med. Soc. 1888, März): 409 Tage dauernde Schwanger schaft bei einer VIII-para.

7. **Harris** (,,Spätgeburt eines 14 Pfund schweren Kindes." Lancet 1892, 30. Juli — ref. Centr. f. Gyn. 1893, p. 576: 6335 gr schweres Kind starb bei schwierigen Extraction der Schultern ab; Schwangerschaft von 325 Tagen.)

8. **Hayes, H. L.** (,,A case of protracted gestation; delivery on the three hundred and eigthy-ninth day." The Amer. Journ. of Obst., Vol. XXVIII. p. 794).

9. **Hirst** (,,The disadventages of prolonged pregnancy." Proc. Philad. Co. M. Soc. Philadelphia 1892, Vol. XIII, p. 104).

10. **Jaffé** („Ein Fall ven abnorm langer Dauer der Schwangerschaft," Centr. f. Gyn. 1890. No. 5). Niederkunft erst 3 Wochen nach erwartetem Termin. Kind von 4000 gr, spontan geboren. Entbindung am 365. Tage nach der letzten Meustruation. Die Schwangerschaft hat mindestens 306—309 Tage gedauert.

11. **W. S. James** („Prolonged gestation". N. Y. Med. J. Vol. IX, p. 343.)

12. **Jardine** (Brit. Med. Journ. 1896. Vol. I, p. 962): 30jähr. I-para, Wehen am 273. Tage, hörten bald auf und kamen erst am 304. Tage der Schwangerschaft wieder. Man fand eine Stenose dės äusseren Muttermundes; blutige Dilatation, Extraction eines übergrossen todten Kindes.

13. **Königsfeld:** Geschichte einer am 343. Tage nach der Empfängniss glücklich vollendeten Geburt (Rhein. Monatsschr. f. pract. Aerzte, I. Jahrg., 1847, S. 68): 11½ monatliche Schwangerschaft. Frau Dr. Gordon litt seit lange vermeintlich an einer Ovarialcyste, die sich per rectum entleert zu haben scheint. Frau G. hatte einmal spontan geboren und wurde am 22. Juli 1844 abermals schwanger und fühlte die Kindesbewegungen zwischen 1. und 5. December und erwartete die Niederkunft in den ersten Tagen des Mai 1845: 8. Mai leichte Wehen, aber — Geburt blieb aus: Schmerzen bei Stuhl und Harnabgabe. Trauerspiel des unzureichenden Wehenschmerzes 2 Monate lang, Delirium, Oedem der Beine vom 7. Monat an. Am 1. Juli endlich nach Opium und Secale Vaginalportion verstrichen, Blase stellt sich, platzt. 8 Pfund schweres Mädchen spontan, ohne Anzeichen der Ueberreife, starb bald. Die Frau starb später an Phthise. Nekropsie: Uterus und Ovarien normal, es hatte sich um Echinococcen der Milz etc. gehandelt.

14. **Kouwer** („Partus serotinus." Verslag van de Nederl. Gyn. Ver. m. Tijd. v. Verlost u. Gyn. Bd. III, Afl. 9. 1890. 3. Juli.)

15. **Krüche** (Deutsche Medicinalzeitung 1883, p. 370): 330 tägige Schwangerschaft.

16. **Lomer** („Uebertragung der Frucht." Sitzber. d. Hamburger geb. Ges. [3 Wochen übertragen]. Centr. f. Gyn. 1890, No. 35.)

17. **Loviot** („Grossesse prolongée." 307 Tage nach der letzten Regel Entbindung einer Primipara — Annal. de Gyn. Nov. 1892, p. 388.)

18. **Lutz** („Ein Fall von Spätgeburt." Bayrisches ärztl. Intelligenzblatt. 1879, No. 44 — ref. Centr. f. Gyn. 1880, No. 3, S. 72): Wendung wegen Querlage und Nabelschnurvorfall bei einer V-para, die Wehen fehlten ganz. Nach schwerer Extraction ein todter Knabe von 4500 gr und 58½ cm Länge geboren. Die Schwangerschaft hatte 44 Wochen = 308 Tage gedauert. Die Geburt soll wegen langen Krankseins in der Schwangerschaft und dadurch gesetzter Anaemie und Functionsschwächung des Uterus nicht eingetreten sein.

19. **Mackenzie** („Case of prolonged gestation." Brit. Gyn. Journ. London 1889—1890. V.)

20. **Ingleby-Mackenzie** („On prolonged gestation." Brit. Gyn. Journ. 1890. XX.)

21. **Mervin Mans** („Bemerkungen über Verlängerung der Schwangerschaft beim Weibe." Med. Journ. N. York 11. Mai 1889, p. 519): Entbindung am 334. Tage nach der letzten Regel. Bewegungen vom 4. Monat an.

22. **Moker** („Ein Fall von verlängerter Schwangerschaft." Amer. Journ. of Obst. 1889. 1276. [Dauer 305 Tage.])

23. **Müller** („De la grossesse prolongée indéfiniment." Paris. 1878.)

24—25. **Fr. Neugebauer**: Uebertragene Schwangerschaft. Zangenextraction eines 14pfündigen lebenden Kindes im Geburtsasyl des Dr. Biegański durch Dr. Neugebauer.

Mein 1890 verstorbener Vater — Professor Ludwig Adolph Neugebauer — berichtete als Assistent Prof. Betschler's in Breslau die Geburt eines 18 Pfund wiegenden übertragenen Kindes im Schlesischen Verein für Vaterlandskunde.

26. **Parvin** („Protracted gestation.“ Annales of the Med. Sc. 1889 Vol. II, p. 19—20.)

27. **Queirel** („Cas de grossesse ayant duré 305 jours.“ Annal. de Gyn. et d'Obst. Juillet 1893, Tome XL, p. 49.)

28. **Fairfox Ross**: A long pregnancy. (The Australian med. Gaz., 20. July 1896, p. 281): Schwangerschaft von 311 Tagen. (Entbindung 227 Tage nach erster Constatirung der Fruchtbewegungen, als deren frühester Termin der 84. Tag angegeben wird.) Zangenextraction nach manueller Dilatatio colli unter Narcose. Kleine Fontanelle verknöchert, grosse verkleinert, anaemisches Kind von 9—10 Pfund, fast ganz ohne vernix caserta, wenig Fruchtwasser. (Kind lebend?)

29. **Sprenkel**: Prolongation of pregnancy, its dangers and treatment. (Amer. Journ. of Obstetr. 1897.)

30—31. **J. A. Erskine Stuart** (2 Fälle von „Missed labour.“ Lancet 1883 — ref. Centr. f. Gyn. 1883, No. 29, S. 471): Placenta roch stark. Die Frau war Opiumesserin. In beiden Fällen handelte es sich um die Geburt lebender Kinder, einmal am 323. Tage der Schwangerschaft, einmal einige Wochen nach dem Termin Beide Fälle sind nicht gerade überzeugend geschildert.

32. **Tavist** („A case of prolonged gestation.“ Med. Journ. New York 1889. XLX. 413.)

33. **Wigodsky** (Ein Fall von 11 Monate langer Schwangerschaft mit Zangenentwickelung eines lebenden Anencephalus bei einer 28jährigen III-para. [Medic. Observ. No. 2, 1896 — s. Ref. Centr. f. Gyn. 1897, No. 5, S. 144]).

34. **Weihl** („Ein Fall von Spätgeburt [am 330. Tage]. Zeitschrift für Medicinalbeamte. 1896, No. 3). Letzte Regel am 29. August 1894, Entbindung am 3. August 1895 bei einer V-para, Wehen vom normalen Schwangerschaftsende an bis zum 332. Tage nach Schwängerung. Nach Naegele rechnend dauerte diese Schwangerschaft 315 Tage. Es wurde ein Anencephalus von 4500 gr geboren.

35. **Wilson** („Prolonged gestation with report of a case.“ Univ. Med. Monatsschr. Philad. 1889—1890. II).

36. **Thomson** (Brit. Gyn. Journ. 1886, p. 484): „Case of Protracted Pregnaucy.“ Geburt am 301. Tage nach der letzten Cohabitation, am 317. Tage nach der letzten Regel.



Nachtrag zur I. Gruppe.

467. **Barwell** (Med. Chir. Transact. Vol. I, VIII, 1875, No. 137 A des Museum of the Royal College of Surgeons in London): ,,An elastic catheter, which was removed from the connective tissue between the rectum and Uterus, where it had remained for 20 months.'' 24jähriges Fräulein führte behufs Aborteinleitung einen Katheter in die Scheide ein, der nach einigen Stunden verschwand, nachdem sie selbst ihn tiefer eingestossen hatte.

468. **José Curry Cabral:** Un cas de fistule utérine (Congrès Périodique de Gynécologie, d'Obst. et de Péd. — I. Session. Bordeaux, Août 1895. — Paris 1896, p. 318—323): Cabral's Beobachtung soll ein Unicum sein. Es handelt sich um eine Uterinfistel mit äusserer Oeffnung 3 cm von einer spina anterior superior ossis ilei oberhalb des Cruralbogens, die uterine Oeffnung lag im collum uteri. Der Fistelgang verlief geradlinig. C. hat in der Literatur nur einen einzigen Fall von uteroabdomineller Fistel, er irrt sich aber mit dieser Angabe, da verschiedene solche Fälle publicirt sind (siehe u. a. meine heutige Arbeit. N.). Der von C. erwähnte Fall betrifft eine Fistel traumatischen Ursprunges, durch welche später die Menstruation sich theilweise entleerte (Encyclop. internationale de chirurgie). Cabral's Beobachtung betrifft eine II-para, die einmal im 6. Monat abortirt hat und 2 Jahre später eine normale Entbindung hatte. Am 8. Tage puerperale Infection ausgebrochen, von jener Zeit an (1887) Leucorrhoe. 8 Monate nach der Entbindung kehrten die Regeln wieder, jetzt mit Schmerzen in den Lenden und Hüften. Ab und zu unregelmässige Blutungen. 1890 heftigere Schmerzen, Fieber, grünlicher eitriger Ausfluss. Nach 2 Wochen Abscess am äusseren Drittel der Fallopia'schen Arkade rechts, Einschnitt; nussgrosse knotige Schwellung im rechten Parametrium. Ausfluss vermindert sich, Patientin kann wieder gehen. Nach einigen Monaten besteht die Fistel noch, hier eingespritzte Flüssigkeit fliesst zur Scheide aus. Nach vergeblicher Behandlung, sogar galvanischer, endlich Operation im December 1894, sieben Jahre nach jener Entbindung und 4 Jahre nach jener Abscessbildung. Débridement der Fistel. Zu seinem Erstaunen fand C. in dem Fistelgange mehrere Holzsplitter. Fistelwände resecirt, ausgekratzt, äussere Wunde vernäht, Heilung p. primam. 2 Tage später Regeln p. vaginam entleert. Die entzündliche Schwellung im Parametrium kleiner geworden, lässt sich vom Uteruscollum abgrenzen.

C. will nur Durchbruch von Beckenzellgewebseiterungen in den Uterus berücksichtigen.

Es seien nur 7 Fälle bisher beschrieben und alle tödtlich verlaufen (6 in einem Werke Delbet's beschrieben, der 7. von Depaul). Im Falle C.'s brach eine Beckenphlegmone in das collum uteri durch, wurde dann in der Inguinalfalte incidirt nach 14 Tagen. Es erfolgte hier Heilung, während in allen übrigen Fällen der Ausgang ein tödtlicher gewesen sein soll. Sämmtliche 7 Fälle wurden erst sub autopsia diagnosticirt und nicht zu Lebzeiten. Die

Fälle des Durchbruches einer Pelviperitonitis von Griffith, Boivin und Dugès, Heitzmann wurden zufällig sub nekropsia entdeckt. Da bis jetzt niemals Diagnose intra vitam gestellt nach C., so schwer zu bestimmen, ob nicht Spontanheilungen vorgekommen sind nach Durchbruch von Beckenabscessen in den Uterus. In dem Falle Choisity entleerte sich der Eiter nach aussen durch die Bauchwand, da die uterine Abscessöffnung zu eng für den Ausfluss war, und die Frau starb an Septicaemie. Die Gegenwart jener Holzsplitter erklärt die 4jährige Resistenz der Fistel, wie aber die Holzsplitter in das Parametrium gelangten, blieb unerklärt, da die Frau jedes etwaige Tentamen abortus von der Scheide her leugnet. Möglich, dass sie mit der Spülflüssigkeit eingeschwemmt wurden. Woher war aber dann die Phlegmone entstanden? Es bleibt nur übrig, die 3 Jahre zuvor stattgehabte Entbindung zu beschuldigen. Die Infection ging vom collum uteri aus, und die Entzündung beschränkte sich auf die regio hypogastrica ohne Betheiligung des lig. latum. C. will aber nicht zugeben, dass die Phlegmone aus dem 3 Jahre zuvor stattgehabten Wochenbett stamme, das sei nur Coincidenz und beweise keinen Causalnexus (siehe z. B. Fall 254 und 478 dieser Arbeit: Uteroumbilicalfistel).

469. **Zweigbaum** (laut mündlicher Mittheilung): Eine 26jährige verwittwete II-para glaubte sich 2 Monate schwanger und führte abortus provocandi causa eine Haarnadel in den Uterus ein, konnte sie jedoch nicht wieder herausbekommen und kam deshalb und wegen starker Blutung am 20. April 1895 zu Z. Die Frau hat zunächst die Haarnadel zu einem geraden Draht gebogen, dann ein Ende hakenförmig gekrümmt und dann in den Uterus eingeschoben. Ein Versuch Z.'s, die Nadel zu extrahiren, scheiterte, da die hakenförmig umgebogene Zinke sich in die eine Wand des Cervicalkanals eingespiesst hatte. Er schob also die Nadel noch höher hinauf, wodurch das eingehakte Ende frei wurde, drehte das obere Ende etwas seitlich und extrahirte dann die Nadel. Uterus erwies sich leer.

Zur Gruppe II.

Tissier (Annal. de Gyn. et d'Obst. 1897, p. 163): Hydatidencysten der Bauchhöhle und des Beckens veranlassten eine Uterusruptur bei einer Frau, die vor 18 Jahren wegen Echinococcus hepatis in ärztlicher Behandlung gestanden hatte. Bei Nekropsie zahlreiche Cysten rings um den Uterus gefunden sowohl als in den Ligg. lata, Netz u. s. w.

Zur Gruppe III.

Siehe 468: 7 Fälle von Entleerung von Beckenabscessen in den Uterus.

Zur Gruppe IV.

470. **Alberti** (Berl. klin. Wochenschr. 1894, 98): Bei Entfernung von Abortresten hatte ein anderer Arzt den Uterus mit der Kornzange perforirt und den vorfallenden Darm bis in die Scheide gezogen. Bauchschnitt. Genesung.

Zur Gruppe VI.

471. **E. Suñer** (El Siglo Med. XXXV, 1888, p. 466): Un caso notable del afecion calculosa uterina. (Verkalktes Fibrom uteri bei einer 65 Jährigen.)

Zur Gruppe VIII, B.

472. **Flecken** (Rheinische Monatsschr. f. pract. Aerzte, III. Jahrg., 1849, S. 218) entfernte $3\frac{1}{2}$ Monate nach Embryotomie ein 3eckiges, plattes, scharfspitziges, fötales Knochenstück, das sub partu sich an der linken Seite der Vagina dicht am äusseren Rande des absteigenden Schambeinastes in die Weichtheile eingebohrt hatte.

473. **X X.**: „Ein Fall von Sectio caesarea wegen abgerissenen Kopfes." Wittlinger's Annal., Bd. . . ., Fall 169, S. 616.

474. **Loisnel**: „Tête de foetus restée 3 mois et demi dans l'utérus sans accidents infectieux." (Franz. geb.-gyn. Ges., I. Congress. — Semaine médicale 1892, Bd. XII, p. 175 — siehe Frommel's Jahresber. f. 1892, p. 412): Bei einer III-para Wendung auf den Fuss, der Arzt schnitt dann den Fuss ab; am vorletzten Tage holte er den anderen Fuss herab und schnitt ihn ebenfalls ab; am 3. Tage extrahirte er den Rumpf bis an den Hals und decapitirte, machte dann eine heisse Ausspülung und hiess das Weitere abwarten. Die Frau verliess das Bett und ging wieder ihrem Berufe nach. Erst nach 3 Monaten kam sie wegen Ausflusses zum Arzte. Der retinirte Schädel lag ganz zerfallen in utero und musste Knochen für Knochen einzeln herausbefördert werden. Dabei fand L. eine Vesico-Uterinfistel, die sich später spontan schloss. Keine Sepsis während dieser 3 Monate und auch nach Extraction der Schädelknochen nur 2—3 Tage Fieber. Keinerlei üble Folgen der 3monatlichen Retention des Schädels. Nach Schluss der Blasenuterinfistel zeigte sich eine Communication mit dem Darm, so dass Koth durch die Scheide abging.

475. **Secheyron**: De l'extraction de la tête foetale après décollation par le procédé des pinces. (Congr. Pér. de Gyn. d'Obst. et de Péd. Ière Session — Bordeaux Août 1895 — Paris 1896, p. 625.)

476. **St. Bonnet** (Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn. 1890, p. 589); „Rétention d'un placenta à terme. Septicémie avec métastase articulaire. Contagion propagée sous forme d'érysipèle à un enfant de 6 ans. — Ablation du placenta putréfié, le 6ème jour par le curettage et l'écouvillonage suivi du drainage et de l'antisepsie rigoureuse de l'utérus. Guérison."

477. **Symkowskaja** (Med. Obozr. 1888, No. 4): Septische Endometritis, behoben durch Extraction der zerfallenen, 12 Tage retinirten Placenta.

478. **Gerning** (Lond. med. and phys. Journ., October 1827 — siehe Journ. f. Geb., Fr. u. Kinderkr., her. v. El. v. Siebold. 8. Bd. 1828, S. 492): Uteroabdominalfistel: „Geschichte eines Falles, wo die Knochen eines Foetus durch eine Oeffnung im Unterleibe hervortraten, aus welcher nachher die Catamenien flossen." 28 Jährige, hat vor 8 Jahren im 8. Monate spontan geboren. Der Arzt rieth wegen Beckenenge von neuer Schwangerschaft ab. Nach 4 Jahren neue Schwangerschaft und Ende Juli 1820 Entbindung erwartet, aber schon vom 7. Monate an gingen die Schwangerschaftserscheinungen zurück, die Brüste wurden schlaff und welk, die Kindsbewegungen hörten auf, auch die Periode trat im 8. und 9. Monate dieser Schwangerschaft wieder ein, Leib nahm nicht mehr an Umfang zu. Am Schwangerschaftsende 3 tägige vergebliche Wehen, keine Geburt. Ende Juli 1820 wieder Regel und Euphorie bis Juni 1821, beinahe 1 Jahr lang. Nun aber beim Heuen auf dem Felde plötzliche Schmerzen. — Spital. — Im Mai 1822 abermals Spital, Nabelabscess entleert Eiter und schliesst sich. 2 Zoll tiefer neuer Abscess, aber wenig Ausfluss, trotzdem Schmerzen geringer geworden. Dysurie aber keine Bettlägrigkeit. Schmerzlose, reichliche Regel. Seit Januar 1823 Ausfluss, dunkel und

stinkend, ein Knochenstück liegt vor der Abscessöffnung. 12. März Schnitterweiterung der Oeffnung, ein Wirbel extrahirt. Bis zum 23. Mai 13 Wirbelstücke, 10 Rippen und ein Schulterblatt extrahirt, auch diverse Weichtheilreste des Foetus. 20. Juni Schädel extrahirt. Allmählich bis 15. September sämmtliche Foetalknochen eliminirt oder nach Einschnitten und Dilatation extrahirt. Nach 5monatlicher Menopause Regeln per vaginam wieder entleert, aber zugleich aus der Uteroabdominalfistel. Tumor linksseitig vom Uterus. 1. October Menstruation, abermals auf beiden Wegen entleert. 24. März 1824 noch zwei Knöchelchen abgegangen. Mit Fistel entlassen. 14. Juli 1825 und 4. April 1826 Regeln noch immer theils per vaginam, theils durch die Bauchfistel entleert. — (Ist nach Uterusruptur der Foetus in die Bauchhöhle getreten und von hier aus auf dem Wege der Eiterung eliminirt worden oder waren die Fisteln direct uteroabdominoparietale? Ohne Nekropsie nicht zu entscheiden.)

479. **Fannine A. Groat** (New-York Med. Presse XL, 24, p. 725, December): Langdauernde Zurückhaltung der Placenta. Bei einer V-gravida im 7. Monate nach schwerer Arbeit Wasserabfluss, Kind starb ab und wurde spontan geboren, Uterus fest zusammengeschnürt, Nabelschnur riss direct vor dem Muttermunde ab (selbstverständlich wohl bei Zug?). Nach 51 Tagen Placenta ohne Schmerzen, ohne Blutung spontan ausgestossen; sie bildete einen Formabguss der Uterinhöhle.

480. **Hartmann** (Würtemb. Correspondenzblatt, Bd. VIII, No. 24, 1840): 4wöchentliche Retentio placentae nach Frühgeburt bei einer 30 Jährigen. Patientin wiedersetzte sich manueller Extraction, nach Secale spontane Ausstossung, schnelle Genesung.

481. **Pajot:** „A propos d'un cas de mort par rétention du placenta.“ (Annales de Gyn. Nov. 1886.) Frau mit retinirter Placenta und abgerissener Nabelschnur in die Klinik gebracht unter Anzeichen von Peritonitis. Krampfhafte Strictur des inneren Muttermundes, nach vergeblichen manuellen und instrumentellen Versuchen Bougie, um Contractionen hervorzurufen (neben antiseptischen Spülungen). Nach 2 Wochen Tod. Bei Nekropsie Placenta in grosser Ausdehnung angewachsen gefunden. Auf 68 Frauen mit Placentarretention nach Geburt reifer Kinder starben 60, auf 120 bei künstlicher Entfernung der Placenta nur 4.

482. **Siegfried** (Aus d. Beitr. zum Sanitäts-Ber. des Posener Regier.-Bez. in d. Pr. Vereins-Zeitg. 1810, S. 28 — siehe Neue Zeitschr. f. Geb., XII. Bd., 1842, S. 139): „Ruptur des schwangeren Uterus, Ausstossung der verwesten Frucht durch Ulceration.“ VI-gravida, die 5mal leicht entbunden war, fühlte bei der 6. bevorstehenden Entbindung plötzlich eine Veränderung im Leibe entstehen gleich nach heftigem Erbrechen. Die Gestalt des Bauches veränderte sich, quer über dem Nabel bildete sich eine bedeutende Wulst; die Wehen hörten auf, Geburt erfolgte nicht. Fast 2 Jahre nachher öffnete sich unter dem Nabel ein Abscess, aus dem sehr stinkende Jauche ausfloss; eine zweite Oeffnung, die sich unterhalb bildete, entleerte ebenfalls Ichor. Die Fleischbrücke wurde durchschnitten und ein in Verwesung begriffener Foetus extrahirt. Genesung nach grosser Gefährdung durch einen Dünndarmabscess, der sich in die Wunde hinein entleert hatte. (Handelte es sich nicht um ektopische Schwangerschaft? N.)

483. **Warnek:** „Ein Fall von Ausstossung der Placenta am 50. Tage nach der Geburt nach Anwendung der continuirlichen Irrigation.“ (Wracz 1888, No. 26.) 37jährige IV-para, kam 12 Tage p. part. in Behandlung, Collum lässt die Fingerkuppe bis Orif. intr. ein, geruchloser, blutiger Ausfluss. W. glaubte an das Vorliegen eines Fibromyoms und wandte entsprechende (?) Therapie an. Jetzt kam Fieber, + 40 ° C, Fröste, Kräfteverfall und übelriechender Ausfluss.

Jetzt tastet der Finger placentaartiges Gewebe, vergeblich Handdruck, Finger, scharfer Löffel. Lotio uteri und täglich 4—10 Stunden Uterusirrigation. Nach 10tägiger Irrigation, am 50. Tage geruchlose, mürbe, brüchige Placenta ausgestossen. Sofort fiel die Temperatur ab, Genesung.

Zur Gruppe VIII, C.

484. **Saenger** (Centr. für Gyn. 1883, No. 20, S. 224): „Ueber Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn bei Uterus duplex." (Vortrag in der Leipziger Geburtsh. Gesellschaft): S. hat einer III-gravida im 7. Schwangerschaftsmonate 9 Wochen nach dem Tode der Frucht das schwangere linke Gebärmutternebenhorn sammt Annexa abgetragen mit Versenkung des Stumpfes sammt elastischer Ligatur. Glückliche Heilung. Am 2. Tage nach Operation Regel, bald darauf neue Conception. Das Corpus luteum sass rechts, die Schwangerschaft betraf das linke Uterushorn.

485. **Schramm:** Schwangerschaft im rudimentären Horne eines Uterus bicornis. Retention einer 7monatlichen Frucht (Missbildung). Sectio caesarea. Entstehung einer linken Ureter-Uterusharnfistel. Heilung. (VII. Congress der deutsch. Ges. f. Gyn., abgehalten zu Leipzig 1897.)

Zur Gruppe VIII, D.

486. **Arnstein:** Molenschwangerschaft von 11monatlicher Dauer. (Gaz. Lek. 1897.)

487 u. 488. **E. Blanc:** „Rétention prolongée du foetus mort après 2 mois $^1/_2$ de grossesse (Soc. Obst. et Gyn. de Paris, 7. December 1892). 1. 2 $^1/_2$ monatlicher Foetus über 2 Jahre retinirt und nach protrahirten Blutungen ausgestossen inmitten eines Blutkuchens. 2. Austossung eines frühzeitig abgestorbenen Foetus jenseits des normalen Schwangerschaftsendes bei einer 44 Jährigen.

489. **Bletz:** „Rétention du placenta dans un cas d'avortement, délivrance artificielle tardive; guérison" (Archiv. de Tocol. 1877, p. 566).

490 u. 491. **Breus**: Ueber Haematommolen (Centr. f. Gyn. 1897, No. 17, S. 473): a) Im 11. Schwangerschaftsmonate ein faustgrosses Ei ausgestossen, das einen Embryo von nicht ganz 1 cm Länge enthielt; b) ein analoges im 8. Monat ausgestossenes Präparat.

Chaleix und **Fieux:** Trois cas de mort et de rétention du foetus dans des Utérus rétrofléchis (Congr. Pér. de Gyn. d'Obst. et de Péd. I. Session — Bordeaux Avril 1895 — Paris 1896, p. 611):

492. 1. 32jährige Frau, seit 1 Jahre verheirathet, vorher stets Dysmenorrhoen und bis 14 Tage lange Verstopfung. August 1892 3monatlicher schwangerer Uterus retroflectirt, im September 3tägige Blutung, allmählicher Zurückgang der Schwangerschaftssymptome, von October an wieder Regel. Vom 5.—24. April 1893 wehenartige Schmerzen, Collum hart, geschlossen, retroflexio corporis. Einige Tage später plötzlich ein grünliches, etwa 3monatliches 8 Monate retinirtes Ei ausgestossen.

493. 2. 30jährige Frau, nach einem Abort und einem ausgetragenen Kinde Retroflexio. Ende September 1894 schwanger, 30. November etwas Schmerz und Blutung, 11. Februar 1895 verlangt Patientin zu wissen, weshalb der Leib

nicht zunimmt, obgleich sie sich 5 Monate schwanger wähnt. Ch. fand absolut keine Schwangerschaftszeichen am retroflectirten Uterus; es hat also wahrscheinlich im November ein 2monatlicher Abort schleichend stattgefunden? Am nächsten Morgen fand spontane Ausstossung eines 6—7 wöchentlichen Eies statt, das 3 Monate retinirt war. In der Eihöhle badete sich der Foetus in einer schwärzlichen Flüssigkeit.

494. 3. 25 Jährige tritt ein mit Verlangen einer Operation am 1. December 1894. Vor 3 Jahren eine Geburt. Jetzt keine Regel seit 5. October. Seither Schmerzen, retroflexio uteri gravidi, Reductionsversuche vergeblich. Die Frau leugnet die Möglichkeit der Schwängerung entrüstet, da sie keine Gelegenheit dazu gegeben habe. Tumor im Douglas wächst, nach 3 Monaten orangegross; Collum hart wie zuvor. Da Operation verweigert, verlangt Patientin entlassen zu werden und begiebt sich zu einer Hebamme in Kost; am 14. Februar ein 6 cm messendes Ei macerirt ausgestossen, das 1 Monat retinirt war.

In allen 3 Fällen weder Tuberkulose nach Syphilis; Absterben der Frucht sowohl als Retention auf die Retroflexio, Härte des Collum und Circulationsstörung durch Abknickung der art. utero-ovarica bezogen. In allen 3 Fällen fehlte jede Schwangerschaftserweichung des Collum. Wie leicht konnte im 3. Fall ein Tumor vorgetäuscht werden, der eine Operation herbeiführte.

495 u. 496. **Chaput**: „Deux cas de rétention placentaire“ (Bullet. de la Soc. Anat. de Paris, Janvier 1890, No. 1): Im ersten Falle nach Abort zweimonatliche Retention der Placenta. Blutungen, Auskratzung. Im zweiten Falle fühlte eine 5 Monate Schwangere (VII-gravida) noch keine Bewegungen, aber es traten Blutungen ein, die jetzt schon 5 Wochen dauern. Sub narcosi Auskratzung, das ganze Ei entfernt. Einige Tage darauf Tod an Sepsis. Sections-Bericht.

497 u. 498. **Charles**: „Deux cas de rétention du foetus mort dans la cavité utérine, diagnostic, conduite à tenir; provocation du travail, suites des couches heureuses“ (Journal d'acc. Liège 1893, T. XIV, 149, 257).

499. **E. Cold** (Frauenarzt 1894, S. 228, Heft 5): Macerirte 6monatliche Frucht ein ganzes Jahr nach Schwängerung ausgestossen, normales Wochenbett nach 6monatlicher Retention.

500. **Dauchez**: 5wöchentliche, unschädlich gebliebene Placentarretention bei 4 ½ monatlichem Zwillingsabort (Arch. de Tocol. 1881, p. 173).

501. **Delage**: Extraction der Placenta am 19. Tage nach Abort (Arch. de Tocol. 1886, p 1044).

502. **Edis**: 3 monatliche Placentarretention nach 3 monatlichem Abort (Brit. Med. Journ., 10. December 1887).

503. **Evans**: „A case of prolonged retention of dead foetus in utero with fatty degeneration of placenta“ (Tr. Med. Astor. Missouri Jefferson City 1893, 205).

504. **Gerbaud***: De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement (Paris. J. B. Baillière 1886. — Bemerkenswerthe theoretische Abhandlung).

505. **Geyl**: „Quelques cas remarquables de la Pratique obstétricale: Rétention d'un foetus mort“ (Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn. 1889, p. 140. — Eine eigene Beobachtung beschrieben).

506. **Hervieux**: Rétention du placenta dans l'utérus pendant 25 jours après un avortement à 4 mois. Guérison (Arch. de Tocol. 1877, p. 705).

Riecke giebt an, dass auf 600 Fälle von Placentarretention 62 Todesfälle auf 568 künstliche Entfernungen der Placenta kamen und 29 Todesfälle auf 32 Beobachtungen, wo die Austreibung der Placenta der Natur überlassen wurde. Beck fand 3 Todesfälle auf 163 künstliche Entfernungen der retinirten Placenta gegen 30 Todesfälle bei zuwartender Behandlung. Nach Ulsamer kommt ein Todesfall auf je 13 künstliche Entfernungen und 1 auf je 2 Fälle abwartender Behandlung. Meissner hatte auf 118 künstliche Entfernungen 4 Todesfälle zu verzeichnen. Kastner dagegen zählt 69 Todesfälle auf 429 künstliche frühzeitige Entfernungen der Placenta.

507. **Labbé** beschrieb die spontane Ausstossung der Placenta (ohne Fäulnisserscheinungen) am 21. Tage nach einem 6monatlichen Abort.

508. **Bouquenod** beobachtete unschädliche 1monatliche Retention.

509. Frau **Callé** in Dubois's Klinik unschädliche 6wöchentliche Retention.

510. **Osiander** berichtete 65tägige unschädliche Retention.

511. **Morlanne** berichtete 4monatliche unschädliche Retention.

512. **1829** Revue médicale ist gar ein Fall von Conception und Geburt trotz Retentio placentae beschrieben (wohl Uterus bicornis?).

513. **Howard**: „Expulsion of a four months placenta one year after the delivery of the foetus" (American. Practic. and News. N. S. XIII, 1892, 8, p. 229, April).

514. **Howlet**: „Retention of dead foetus and placenta for more than twelve months" (Tr. Med. Ass. Missouri. Jefferson City 1893, p. 195).

515. **Istomin**: „Künstlicher Abort in der 23. Schwangerschaftswoche wegen Retention einer abgestorbenen Frucht im retroflectirten Uterus" (einmonatl. Retention) [Russisch]. (Journ. f. Geb. u. Fr., Petersburg 1891, Bd. V, S. 996.)

516. **Kahn**: Ein Fall von missed labour (Prot. d. Med. Ges. in Wilno [Russisch] 1895, No. 12, S. 397): IX-gravida starb an Septicaemie 3 Wochen nach künstlicher Evacuation des Uterus nach 6monatlicher Retention einer 5monatlichen Frucht.

Ludwig Knapp: „Aceton im Harn Schwangerer und Gebärender als Zeichen des intrauterinen Fruchttodes" (Centr. f. Gyn. 1897, No. 16, S. 417 bis 421). [Die pathognostische Bedeutung der Acetonurie in der Schwangerschaft ist neuerdings schon widerlegt. N.]

517. **Koenig** (Centr. f. Gyn. 1894, No. 44, S. 1096): „Beitrag zur Casuistik der Retention abgestorbener Früchte im Uterus." V-gravida, über 10 Monate schwanger, meldet sich mit rückgängigen Schwangerschaftserscheinungen am 16. Januar 1894: Uterus mannsfaustgross, am 28. Mai der gleiche Befund, der auf Retention einer frühzeitig abgestorbenen Frucht hindeutet. Am 30. Mai ein 8 cm langes apoplektisches Ei ausgestossen. Es handelt sich um Uebertragung eines frühzeitig abgestorbenen Eies über den normalen Schwangerschaftstermin hinaus.

518. **Lamadrid** (Med. Record. 7. November 1891, S. 570): Nach viermonatlichem Abort Placenta 22 Tage zurückgehalten bei einer 28jährigen III-para: Am 3. September 1891 plötzlich Wasserabfluss, aber weder Schmerzen noch Blutung, also kein Arzt geholt; 4 Tage später plötzlich Foetus ausgestossen ohne Blutung und ganz ohne Schmerzen. Kaum ein Fingerglied ging in das Collum ein, Ergotin. Expectative Behandlung, am 10. Tage ging die Frau wieder an ihre Arbeit. 29. September Arzt telephonisch herbeigerufen: Placenta mit Blut in ein Nachtgeschirr gefallen ohne Schmerzen. 3 Tage darauf erschien

Milch in den Brüsten, und L. fragt, ob die fettige Degeneration der Placenta etwas zu thun hat mit der Schmerzlosigkeit der Ausstossung.

519. **Lancry**: „Rétention du placenta après avortement de 4 mois“ — (Archives de Tocol. 1886, p. 1037).

520. **Legrand**: „Avortement gémellaire. Rétention du placenta. Deux injections intrautérines avec solution de sublimé au 2/1000. Hydrargyrisme aigu. Mort. Autopsie.“ — [Soc. Anat. de Paris — (Rép. Univ. d'Obst. et de Gyn. 1889, p. 458).]

521. **Saint-Mandé**: Rétention du placenta après avortement de 3 mois (Arch. de Tocol. 1886, p. 1040).

522. **C. Saint Marc**: „Un cas d'adhérence complête avec enchatonnement du placenta“ (Gaz. de. Gyn. 15. Oct. 1888). Bei expectativer Therapie adhärente Placenta am 3. Tage post partum ausgestossen.

523. **Massen**: Am normalen Schwangerschaftsende ein Abortivei ausgestossen mit Foetus von 13,5 cm Länge (Journ. f. Geb. u. Fr. [Russisch] 1892, Bd. 6, S. 1106).

524. **F. Neugebauer**: Nach 3monatlicher Schwangerschaft einer 22jährigen Ledigen ein 5wöchentliches Ei ausgestossen nach 2wöchentlicher Blutung (April 1897, Amb. Nosoc.).

525. **Pajot**: Rétention du placenta dans l'utérus (Arch. de Tocol. 1886, p. 149—157).

526 u. 527. **Polacco**: „Zwei Fälle von Retention des Eies sub abortu infolge therapeutischer Opiumverordnung“ (Italienischer geb.-gyn. Congress in Pavia im Herbst 1887).

528. **Rangé** (Journ. des Sages Femmes 1887, I): Nach 3monatlichem Abort Placenta 20 Monate zurückgehalten.

529—531. **Remy**: Quelques considérations sur la rétention placentaire“ (Arch. de Tocol. 1889, p. 769): 3 Fälle von partieller Retention.

532. **Nelson E. Richmond**: Placenta retained for 3 months (Med. Record., Vol. 41, No. 2, January 1892, p. 52): 39jährige VI-para hat am 27. März einen 2monatlichen Foetus ausgestossen, dann einen Monat lang geblutet, später normale Regeln, am 27. Juni spontane Ausstossung der Placenta.

Nach **R.** hat **Grandin** folgende Beobachtungen citirt:

533. **Schoeller** sah 11wöchentliche Retention der Placenta.

534. **Metz** sah 2½ monatliche Retention der Placenta.

535. **Prost** sah 103tägige Retention der Placenta.

536. **Plasse** sah 105tägige Retention der Placenta.

537. **Reichmann** sah 91tägige Retention der Placenta.

538. **Hecking** sah 4½ monatliche Retention der Placenta.
(Im letzten Falle Tod durch starken Blutverlust.)

539. **Roosenburg**: „Exstirpation totale vaginale de l'utérus pour rétention d'un placenta en putréfaction“ (Ned. Tijdschr. v. Gen. — ref. La Presse méd. Belge 1889, No. 47): Bei einer 24jährigen II-para nach 6monatlichem Abort Retentio placentae, vergebliche Auskratzung, Blutungen dauern an. Septische Endometritis und Peritonitis + 41,5, — 120. Meteorismus und stinkender Ausfluss. Vergebliche Versuche der Uterusevacuation. Genesung. Am exstirpirten Uterus haftete fest die Placenta. Nach der Operation Sinken der Temperatur von + 41,9 ° C. auf + 37,5 ° C.

540. **Schlocker:** Ein Fall von „missed abortion" (Protok. d. Sitz. d. Aerztl. Ges. in Kursk [Russisch], 1891, S. 101): 3monatliche Retention eines 2monatlichen Eies.

541. **Schroeter:** „Blasenmole neben gut entwickeltem Ei" (Beitr. z. Geb. u. Gyn. von d. Ges. f. Geb. in Berlin, IV. Bd., 1. Heft, Berlin 1875, S. 10).

542—545. **Sinclair:** „On missed Abortion" (Brit. Gyn. Journ. August 1887, p. 201), beschreibt 3 eigene Beobachtungen und eine von Stokes.

546. **Siredey:** „Rétention partielle du placenta pouvant être interprétée comme un cas de résorption" (Lues). (Arch. de Tocol. 1874, S. 697.)

547 u. 548. **Triaire:** Deux cas de rétention du placenta dans l'avortement de la première mortiée de la grossesse. Expectation dans le premier cas. Délivrance artificielle dans le second. (Arch. d. Tocol. 1877, p. 47).

549. **Truffet:** „Impossibilité de la délivrance artificielle. — Guérison par les injections antiseptiques (Journ. de méd de Paris 1839, No. 29). Nach allerhand vergeblichen Manipulationen, + 41 ^{0} C., septischen Erscheinungen bei einer 35jährigen Multipara Placenta durch Uterusstriktur krampfhaften Ursprunges zurückgehalten, am 4. Tage spontan ausgestossen, Genesung.

550. **XX.** (Oppenheim's Zeitschrift, Bd. 43, 4 — siehe Rheinische Monatsschrift für prakt. Aerzte, 1850, Köln, S. 574): Eine 18jährige Frau, Maria de la Cruz, wurde laut Mittheilung spanischer Journale in ihrer zweiten Schwangerschaft vom gelben Fieber befallen und erbrach dabei mit vielen Anstrengungen einen fremden Körper, der sich als ein 4 Monate alter, vollständig ausgebildeter Foetus erwies; einige Minuten darauf folgte die Placenta. Am anderen Morgen starb die Frau. Bei der Section zeigten Uterus und Scheide eine anomale Höhle, die mit dem Darme durch eine 4 Zoll grosse Oeffnung communicirte.

Inhalts-Verzeichniss.

I. Gruppe.

66 Beobachtungen.

Von aussen her absichtlich eingeführte oder zufällig eingedrungene Fremdkörper.

A. Pessarien. 10 Beobachtungen.

1. **Biggs,** Maw's Pessaire à cupule, dessen Kuppel nach 2 Wochen schon in die Uterushöhle eingedrungen war.
2. **Naylor Bradfield,** Entfernung eines vor 25 Jahren in die Uterushöhle eingedrungenen gläsernen Pessars aus derselben.
3. **Buckle,** Operative Entfernung einer vor mehreren Wochen in die Uterushöhle eingedrungenen Coop-pessary.
4. **Dieffenbach,** Incrustirter Mutterkranz in utero der Leiche einer Greisin gefunden.
5. **Heimann,** Pessar im dilatirten Cervicalkanal einer 70 Jährigen.
6. **Herzfeld,** Entfernung eines vor 5 Jahren in die Scheide einer 77 Jährigen eingeführten Breisky'schen Eipessars aus der Uterushöhle durch Schauta.
7. **Koeuffer,** Blechring-Theil eines Roser'schen Hysterophors durch 4 Monate in utero ohne Beschwerden zu veranlassen. Operative Entfernung.
8. **Leegert,** Scheidenpessar 40 Jahre in utero belegen, ohne Beschwerden zu veranlassen.
9. **?,** Langjähriger Verbleib eines Pessars in utero, das bald nach einer Entbindung in denselben eingeführt worden war. Jauchung. Operative Entfernung.
10. **Spancken,** Platte eines v. Scanzoni'schen Hysterophors im Uterushalse eingekeilt, mit Mühe entfernt.

B. Anderweitige Fremdkörper

behufs Aborteinleitung oder Masturbation oder auch zu ärztlichen Zwecken eingeführt, z. Th. aus Rohheit oder sub dementia u. s. w. 56 Beobachtungen.

11. **Pargamin,** Ein Bündel Perrückenhaare, $1/2$ Pfund schwer, ex utero extrahirt, aus unbekannter Ursache eingeführt.

12.—13. **Montané,** 2 Fälle von Eindringen eines Blutegels in uterum.

14. **Metzlar,** Ein vor mehr als 9 Jahren in die Scheide eingeführter Fangball in den Cervicalkanal eingedrungen.
15. **Martin,** Thonpfeife von einer an Ischurie leidenden Frau eingeführt (?) behufs Erleichterung des Harnabflusses.
16. **Lisfranc,** Mühsame Extraction einer von Harn incrustirten, dereinst sub menstruatione in den Uterus eingeführten Tige de roseau.
17. **Hjertström,** Das obere abnehmbare Ende — Kopfstück eines metallenen Leuchters, vor 12 Jahren von einer Geisteskranken in uterum eingeführt.
18. **Brugnatelli,** Tibia eines Hühnchens — der Kern eines ex utero extrahirten steinigen Concrementes,

19. **Walk,** Fadenrolle vor 9 Monaten in den Uterus eingedrungen.
20. **Weber,** Fremdkörper in utero.
21. **Adamson,** Haarnadel behufs Aborteinleitung vor 8—10 Tagen in uterum eingeführt.
22. **Bunge,** Extraction einer vor 12 Tagen behufs Aborteinleitung in uterum eingeführten Haarnadel durch Martin.
23. **Fruitnight,** Mühsame Extraction einer behufs Aborteinleitung in den Uterus eingeführten Haarnadel, keine Unterbrechung der Schwangerschaft.
24. **Mescheede,** Eine Haarnadel sub nekropsia in utero einer 41jährigen Wittwe gefunden, wird beschuldigt, allgemeine convulsivische Phaenomene und Uterincontractionen hervorgerufen zu haben.
25. **Morestin,** Erst nach Dilatatio colli uteri gelingt es, eine behufs Beseitigung vermeintlicher Schwangerschaft in uterum eingeführte Haarnadel zu extrahiren.
26. **Partridge,** Mit grosser Mühe eine vor 23 Tagen behufs Aborteinleitung in uterum eingeführte Haarnadel extrahirt, 9 Tage darauf Tod an septischer Peritonitis.
27. **Popoff,** Mühsame Extraction einer von einer Buffetmamsell angeblich wegen Dysmenorrhoe in uterum vor einigen Tagen eingeführten Haarnadel durch Lebedjeff.
28. **Crouzet de Rochechouart,** Extraction einer Haarnadel ex utero.
29. **Stevens,** Eine Haarnadel in utero.
30. **Tannen,** Eine Haarnadel angeblich wegen Blutung post abortum in uterum eingeführt, nach langem, vergeblichen Suchen Haarnadel mittelst Curette entdeckt und mit Kornzange entfernt.
31. **Hughes,** Extraction einer vor 30 Stunden behufs Aborteinleitung in uterum eingeführten Haarnadel, 5 Monate später normale Entbindung.
32. **Hodgen,** Stricknadel ex utero extrahirt.
33. **Kemperdieck,** Bauchschnitt wegen einer in den Uterus wegen vermutheter Schwangerschaft eingeschobenen Gänsefeder.
34. **Pollak,** Eine Frau setzte sich auf einen Stuhl, auf dem ein Knäuel mit einer eingespiessten Stricknadel lag, letztere drang in den Uterus ein. Vergebliche mehrfache Bemühungen, die Stricknadel zu extrahiren, Frau ihrem Schicksale überlassen!!!
35. **Ruillier,** Eine wie es scheint behufs Aborteinleitung, den Aussagen nach aber zu therapeutischen Zwecken wegen Blutung in uterum eingeführte „aiguille à seton", verbleibt nach Ausstossung der Frucht in utero, perforirt denselben und die Nachbarschaft und bricht nach 66 Tagen oberhalb der Weiche in einem Hautdeckenabscess durch und wird von der Kranken eigenhändig extrahirt. Schnelle Genesung. Seltenes Beispiel von Toleranz des Organismus gegen Fremdkörper. (Eine Haarseilnadel).
36. **Thoman,** Grosse dicke Nähnadel in utero, Bauchschnitt, Tod. Nadel behufs Entfernung trockener Borken in die mubilikale Oeffnung eines puerperalen parametranen Abscesses eingeführt, entglitt den Fingern, wanderte tiefer, vergebliches Suchen sub operatione, Tod an Sepsis, sub nekropsia Nadel in der Uterinhöhle frei hervorragend gefunden
37. **Froriep,** Nadel behufs Aborteinleitung in uterum eingeführt, bricht in einem Abscess oberhalb einer Weiche nach aussen durch. Genesung.

    (Nicht identisch mit der Beobachtung Ruillier's?)
38. **H. W. Freund,** Diagnose: Reste einer linksseitigen Tubarschwangerschaft und hysteroepileptische Anfälle. Bauchschnitt. Extraction eines aus zwei Theilen zusammengedrehten Metallstäbchens, einer Nadel, die in den Uterus eingestossen, in die Tube und dann weiter in die Bauchhöhle gelangt sein soll. Es war ein Bruchstück der beiden zusammengedrehten Enden einer Haarnadel; der Fremdkörper hatte die hystero-epileptischen Anfälle veranlasst.

Erichsen, Eine Frau practicirte eben einen Pinsel mit Cedernholzgriff in ihre Scheide, als Jemand in das Zimmer eintrat; um das Manöver zu verbergen, setzte sie sich auf einen Stuhl, der Fremdkörper perforirte die Scheidenwand und drang in die Bauchhöhle ein. Nach 8 Monaten Extraction des Pinsels durch einen Bauchdeckenschnitt. Am 4. Tage Tod an Peritonitis.

39. **Liebmann,** Ein vom Schaft befreiter Gänsefederkiel in uterum eingeführt, schwierige Extraction.
40. **Rode,** Ein quecksilbergefüllter Gänsefederkiel behufs Aborteinleitung in uterum eingeführt.
41. **Rode,** Zwei solche Gänsefederkiele zum gleichen Zweck in uterum eingeführt.
42. **Rode,** Haarnadel vor 2 Wochen angeblich behufs Schleimentfernung in uterum eingeführt.
43. **Clinton Cushing,** Peritonitis 4 Wochen nach instrumentell von einer „Doctress" eingeleitetem Abort. 4 Monate später ein Metallkatheter ex utero extrahirt unter operativen Complicationen.
44. **Bandl,** Sonde eingeführt behufs der Perforation des angeblich atretischen Muttermundes brach ab, das eine Sondenstück drang in ein Parametrium ein und blieb darin liegen. Nach 6 Jahren der Fremdkörper unter operativen Complicationen entfernt.
45. **Barwell,** Gummisonde von einem Avorteur in uterum eingeführt. Nach 3 Monaten Schmerzen, nach 1 Jahr Abscess in der linken Hüfte. Periproktale Einbettung des Fremdkörpers, Extraction. 20monatliches Verweilen des Fremdkörpers im Becken.
46. **Alfred Sykes-Ward,** Gummisonde behufs kriminellen Abortes in uterum eingeführt, nach 6 Monaten wegen eiternder Fistel oberhalb des Kreuzbeines ärztliche Untersuchung. Fremdkörper ex utero extrahirt.
47. **Rochet,** Noch 3 Monate nach Abortivmanövern vaginale Hysterektomie wegen retrofixatio uteri und Pyosalpinx bilateralis. Im Cavum Douglasii eine Gummisonde gefunden!!!
48. **Poullet,** Gummisonde in uterum eingeführt von einer Dame, entschwand den Fingern derselben.
49. **Przewoski,** Fischbeinstab sub nekropsia in utero gefunden.
50. **Lisfranc,** Extraction einer Gummisonde ex utero. Einführung wegen vermeintlicher Schwangerschaft.
51. **F. L. Haynes,** Behufs Aborteinleitung eine Gummisonde in uterum eingeführt und abgebrochen. Extraction.
52. **Breiner,** Behufs Aborteinleitung ein Kirschbaumstäbchen in uterum eingeführt. 2 Wochen nach Extraction Tod an septischer Peritonitis.
53. **Wylie,** Glasstab behufs Aborteinleitung in uterum eingeführt. Diverse schwere Complicationen. Bauchschnitt nach mehr als 2 Monaten: Extraction des Fremdkörpers. Genesung.
54. **Zuhmeister,** 6 Zoll langer Baumzweig in uterum eingestossen behufs Aborteinleitung. 5 Monate lang Fremdkörper in situ, bis er in den Mastdarm eindrang.
55. **Maisonneuve,** 5 Monate nach wahrscheinlich künstlichem Abort Fremdkörper constatirt in der Uterinalhöhle und nach Incision eine 122 mm breite hölzerne Brosche ex utero extrahirt.
56. **S. Kurtz,** Nélaton'scher Katheter behufs Aborteinleitung eingeführt.
57. **S. Kurtz,** Elfenbeinerner Ohrlöffel behufs Aborteinleitung in uterum eingeführt.
58. **Pichevin,** Pressschwamm in utero verblieben.
59. **Neugebauer,** Ein Stück Pressschwamm in utero verblieben, von einer Hebamme behufs zu behebender Sterilität eingeführt, maniakalische Anfälle und Melancholie, nach spontaner Ausstossung Heilung.
60. **Monod,** Retention eines Laminariastiftes in utero.
61. **Albertin,** Laminariastift $10^1/_2$ Monate in utero retinirt.
62. **Pollosson,** 8tägige Retention eines Kohlencylinders einer Apostolischen Elektrode mit spontaner Ausstossung ohne nachträgliche Folgen der Retention.
63. **Wenczel,** Eine Aehre post abortum ex utero extrahirt.
467. **Barwell,** Elastischer Katheter zwischen Uterus und Rectum eingedrungen.
468. **Cabral,** Holzsplitter in einer Uteroabdominoparietalfistel.
469. **Zweigbaum,** Haarnadel ex utero extrahirt.

II. Gruppe.

Parasiten in der Uterushöhle.

16 Beobachtungen.

64. **Hislop,** Echinococcus uteri.
65. **Wilton,** Echinococcus uteri.
66. **Schluthaler,** Echinococcus multilocularis uteri.
67. **Beigel,** 3 Echinococcusblasen in der Uterinhöhle.
68. **Graily Hewitt,** Hydatiden in utero.
69. **Szancer,** Multiple Echinococcencolonien im Uterus eines 12jährigen Mädchens.
70. **Stalpart van der Wyl,** Abgang eines Wurmes ex utero (?).
71. **Paullin,** Abgang von Würmern ex utero bei jeder Menstruation (?).

72.-79. **Schenck, Zacutus Lusitanus, Riedlin, Becker, Hartmann, Faber, Blancard, Schurig,** Abgang von Würmern ex utero.

III. Gruppe.

A. Faeces.

20 Beobachtungen von Uterointestinalfisteln.

80. **Buzzell,** Uterus, bei Retention einer todten Frucht vom April 1858 bis Februar 1860, weist, sub nekropsia entfernt, eine Communication mit dem Colon auf, der linke Arm des Foetus war bis zur Schulter in den Darm durch spontane Druckperforation eingetreten: Darmuterusfistel vom Fremdkörper veranlasst.
81. **Cheston,** Uterusdünndarmfistel, entstanden durch Druckperforation seitens eines in utero retinirten Foetus, dessen Knochen theilweise ex ano evacuirt wurden.
82. **Demarquay,** Uterusdünndarmfistel nach Dystokie entstanden.
83. **Duparcque,** Perforation einer Pyometra in den Magen. Uterostomachalfistel sub nekropsia entdeckt bei Vereiterung eines Dermoides.
84. **Góth,** Uterusdickdarmfistel in Folge von Retention einer abgestorbenen Frucht in utero.
85. **Graf,** Uterorectalfistel nach Durchbruch einer Haematokolpometra entstanden.
36. **Kaufmann,** Perforation eines tuberculösen Dünndarmgeschwüres in die durch Myome deformirte Uterushöhle.
87. **Kosiński,** 2 Uterointestinalfisteln (Dünndarm und Dickdarm) nach neunmonatlicher Retention eines nach Decapitation zurückgebliebenen Schädels). Bauchschnitt. Genesung.
88. **Raczynskij,** Uterointestinalfistel nach Dystokie (Communication zwischen Uterus und Flexura ilei). Heilung durch Hysterostomatokleisis durch v. Ott.
89. **Rosenthal,** Uterusdünndarmfistel nach manueller Placentarlösung. Bauchschnitt. Tod.
90. **Ulrich,** Uterusdünndarmfistel durch Retention einer abgestorbenen Frucht in utero veranlasst, sub nekropsia einer an Tuberculose verstorbenen Frau entdeckt.
91. **Wageminge,** Uterusdickdarmfistel nach Retention einer abgestorbenen Frucht in utero. Spontanheilung der Rectouterinfistel.
92. **Rokitansky,** 3 Uterorectalfisteln nach eitrigem Druchbruch eines gestielten Fibroides.
93. **Rousset,** Uterorectalfistel nach Retention eines Foetus im carcinösen Uterus. Sub nekropsia constatirt.
94. **Scharlau,** Dystokie, Sepsis, Peritonitis, Tod. Sub nekropsia: Uterusdünndarmfistel gefunden.
95. **Simpson,** Uterointestinalfistel nach puerperaler Parametritis, Tod an Pyaemie und Hexis.

96. **Simpson,** Uterusdickdarmfistel nach Retention einer abgestorbenen Frucht in utero sub nekropsia gefunden.

97. **Smyly,** Uterusdünndarmfistel nach puerperaler Uterusruptur, Bauchschnitt, Genesung.

264. **Finlay,** Uterus-Grimmdarmfistel bei Retention eines todten Foetus.

550. **Maria de la Cruz** erbricht einen 4monatlichen Foetus und Placenta. Tod. Section: Uterointestinalfistel.

B. Harn in Utero.

Uterovesicalfisteln und Ureterouterinfisteln puerperalen Ursprunges hier nicht berücksichtigt, sondern nur 6 Uterovesicalfisteln selteneren Ursprunges.

98. **Lisfranc,** Perforation eines Uterusmyoms in die Blase.
99. **Flemming,** Perforation eines Uterusmyoms in die Blase.
100. **Demarquay,** Perforation eines Uterusmyoms in die Blase.
101. **Béclard,** Durchbruch eines Haematometra in die Harnblase.
102. **Loisnel,** Vesicouterinfistel nach Retention eines nach Decapitation zurückgebliebenen Schädels.
103. **W. A. Freund,** Vesicouterinfistel mit Steinbildung nach 7jährigem Verweilen eines Foetalskelettes in utero.

C. Eiterdurchbruch in uterum.

(Die gewöhnliche Pyometra ist hier nicht berücksichtigt, sondern nur 10 seltenere Beobachtungen von Perforation von Beckenabscessen in den Uterus.)

104. **George Crusham,**
105. **A. Guérin,**
106. **Choisity,**
107. **Husson** und **Dance,**
108. **Hennig,**
109. **Long,**
110. **Grawitz,**
111. **Chiari,**

} Entleerung von Beckenabscessen durch den Uterus nach aussen.

112. **Galabin,** Entfernung eines extrauterinen Foetus durch den Uterus nach aussen.
468. **Cabral** und die von ihm erwähnten Fälle.

IV. Gruppe.

Von dieser Gruppe: Eintritt von Darmschlingen in den Uterus nach Uterusruptur sind hier nur 4 aetiologisch (sub abortu) höchst seltene Beobachtungen erwähnt, sowie eine einzig dastehende Beobachtung von Eintritt einer Darmschlinge in den Uterusstumpf nach Porro-Operation sub partu.

113. **M. D. Mann,** Instrumentelle Uterusperforation sub abortu, Darmvorfall, Bauchschnitt mit Darmresection. Genesung.

114. **M. D. Mann,** Die gleiche Verletzung. Darmrepositien. Tod nach 48 Stunden.

115. **M. D. Mann,** Die gleiche Verletzung, der vorgefallene Darm vom Arzte abgeschnitten, Frau ihrem Schicksal überlassen.

116. **Kraskowsky** und **Pisemsky,** Dünndarmschlinge in die Scheide getreten, durch den Cervikalstumpf nach Porro-Operation.

470. **Alberti,** Nach Abrasio sub abortu Darm in uterum vorgefallen. Bauchschnitt. Genesung.

V. Gruppe.

In der Uterushöhle secernirte und darin zurückgehaltene Secrete und deren Producte.

VI. Gruppe.

Vom uterinen Mutterboden gebildete, theilweise gelöste Neoplasmen und deren Verkalkungsproducte, die sogenannten Uterussteine.

(Im Anschluss an F. L. Meissner's Bericht): 57 Beobachtungen.

117. **Marcellus Donatus.**
118. **Bartholinus,** 4 Pfund schwerer schwärzlicher Stein in utero.
119. **Ruysch,** 42 Steine werden aus einem prolabirten Uterus entfernt.
120. **Morus,** 32 Steinconcremente in utero.
121. **Müller,** 5 grössere Steinchen sub menstruatione ex utero entleert.
122. **Fontani,** Die ganze Uterushöhle von einem Steine ausgefüllt.
123. **Ramazzini,** Stein in einer jungfräulichen Gebärmutter.
124. **Knöffel,** Taubeneigrosser Stein in der Uterushöhle eines 5jährigen Mädchens.
125. **Gaub,** Geburt eines Uterussteines unter Wehen durch ein 29jähriges Mädchen.
126. **Blancard,** Sehr harter Stein, die Uterushöhle einer 72 Jährigen ausfüllend.
127. **Bouvet,** Extraction eines Uterussteines bei einer 70 Jährigen.
128. **Bromfield,** Kindskopfgrosser Stein in utero.
129. **Meissner,** Sanduhrförmiger Stein in utero einer Hochbejahrten.
130. **Boivin-Dugés,** Verkalktes Fibroid in utero mit Zerfall.
131. **Naumann,** Gestieltes verkalktes Uterusfibroid.
132. **Andral,** Gestieltes verkalktes Uterusfibroid.
133. **Brugnatelli,** Uterusstein mit Tibia eines Hühnchens als Kern (siehe im Vorhorgehenden.
134. **Balt,** Nach Geburt einer Mola ein steiniges Uterinconcrement geboren.
135. **Louis,** Hühnereigrosser Uterinstein geboren.
136. **Schultz,** 3 grössere und 2 kleinere Uterinsteine sub prolapsu uteri einer 69 Jährigen entleert.
137. **Gaub,** 2 Uterinsteine geboren, einer spontan, der andere mittelst Kunsthilfe.
138. **Dimidri,** Geburt eines Uterussteines.
139. **Hippokrates,** Abgang eines Uterussteines nach Genuss von Lauch unter Wehen.
140. **Salias,** Eine Nonne kommt mit einem enteneigrossen Uterusstein nieder.

141—142. **Velpeau, de Coze.**

143. **Courty,** 10 Kilogramm wiegender Uterusstein.
144. **Duncan,** Uterusstein.
145. **Arnold,** 50 Pfund schwerer Uterusstein, der bei einem Falle den Darm durch seine Schwere zerriss (?).
146. **Jaffé.**
147. **Saexinger,** Ein Wundarzt extrahirte mit der Zange statt des vermeintlichen Kindeskopfes einen Uterusstein.
148. **Amussat,** Uterusstein.
149. Uterusstein aus dem path. anat. Museum in Erlangen.

150—154. Beobachtungen von **Sandifort, Sömmering, Murray, Louis, Lieutaud.**

155. **Hankoph,** Uterinstein von 22 Unzen Gewicht.

156—157. Beobachtungen von **Boehmer, Regneri.**

158. **Wier,** 2 Steine in utero.

159—168. Beobachtungen von **Schenk, Muralt, Moebius, Garmann, Schurig, Weismann, Bonnet, Eller, Pequet, van Swieten** — verkalkte Fibroide.

169. **Thorn,** Entfernung eines faustgrossen Uterussteines durch Lithotrypsie.
170. **Ram,** Stein im Uterus.
171. **Lehnert,** Lithotrypsie an einem verkalkten Febroid des Uterus.
172. **Lampe,** Mannskopfgrosses verkalktes Uterusfibroid.

471\. **Suñer,** Uterusstein.

VII. Gruppe.

Die sogenannten Haargeschwülste in utero. 7 Beobachtungen.

173. **Fabricius Hildanus.**
174. **Vicq d'Azyr.**
175. **Sömerring.**
176. **Blancard.**
177. **Schacher.**
178. **Vollmer.**
179. **Moritz.**

VIII. Gruppe.

Retention von Schwangerschaftsproducten.

A. Retention des Kinderschädels oder einzelner Knochen desselben nach Decapitation oder Abreissung bei der Extraction sub partu kurz vor dem oder am normalen Schwangerschaftsende. 14 Beobachtungen.

180. **Fincke,** 16jährige Retention des abgerissenen Kopfes: Blasenscheidenfistel und Blasenstein um einen Schädelknochen gebildet.
181. **Freund,** 10jährige Retention eines abgerissenen Kindeskopfes in utero bei einer 34jährigen IV-para, die zuvor 3mal abortirt hatte.
182. **Kosiński,** 9monatliche Retention eines nach Decapitation in utero zurückgebliebenen Schädels. Dünndarm- und Dickdarmuterusfistel. Bauchschnitt. Genesung (siehe Fall 87).
183. **Lazansky,** Spontane Austreibung eines nach gescheiterten Extractionsversuchen zurückgelassenen Kopfes.
184. **W. Opitz,** Ein Stück Schädelwand nach Kranioklasie $2^1/_2$ Jahre in utero verblieben.
185. **Rémy,** Retention des vom Rumpf getrennten Kopfes.
186. **Saxtorph.**
187. **Schwartz,** Symphysiotomie wegen Retention des Kopfes nach Decapitation.
188. **Tóth,** Extraction von Schädelknochen des sub partu abgerissenen Kopfes 16 Monate nach der Entbindung.
189. **Valenta,** 40tägige Retention des Kindesschädels in utero.
190. **Zemtschużnikoff,** Entfernung eines nach Decapitation in utero zurückgebliebenen Schädels 10 Monate nach Entbindung. Perforation eines Schädelknochens in das vordere Scheidengewölbe.
472. **Flecken.**
473. **X. X.,** Kaiserschnitt wegen Retentio capitis.
474. **Loisnel.**

B. Retention reif oder frühreif abgestorbener Früchte in der Uterushöhle über den normalen Schwangerschaftstermin hinaus. (Missed labour bei todtem Kinde.) 87 Beobachtungen.

191. **Albosius,** Sub nekropsia in utero ein quergelagerter Foetus gefunden, der darin 28 Jahre gelegen hatte. Lithopaedion.
192. **Ahlfeld,** $^1/_4$jährige Retention einer reif abgestorbenen Frucht.
193. **Alonso,** Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgange nach 22jähriger Intrauterinschwangerschaft. Vorher nach Application von Wiener Aetzpaste eine utero-abdominale Parietalfistel entstanden.
194. **Andrews,** 18 Monate nach Beginn der Schwangerschaft ein todter Foetus geboren.
195. **Audebert,** 2monatliche Retention eines Foetus (ausgetragen?)
196. **Baer,** 5jährige Retention einer Frucht in utero nach Sturz von einem Stuhle mit Quetschwunden am Unterleib. Nach Collumdiscision Evacuation des Foetus, dabei eine vorausgesetzte Uterusruptur constatirt.

197. **Bauhin**, Todtes Kind 4 Jahre in utero der unentbunden verstorbenen Katharina Frechin in Basel.

198. **Bernheim**, Künstliche Frühgeburt im 11. Schwangerschaftsmonate bei todter, mumificirter Frucht.

199. **Binkley**, Fruchtretention (ausgetragen?)

200. **Bompard**, 15jährige Retention einer Frucht in utero sub nekropsia erhärtet.

201. **Borham**, Retention einer abgestorbenen Frucht über das normale Schwangerschaftsende hinaus bei spinaler Lähmung. Die Kranke fühlte nichts von den geburtshilflichen Manipulationen sub extractione und starb nach 8 Tagen.

202. **Carson**, Zangenextraction eines Foetus 2 Monate nach seinem Tode.

203—204. **Charles**, 2 Fälle von Retention todter Foetus. (ausgetragen?)

205. **M. Clintock**, Extraction der Knochen eines abgestorbenen 7monatlichen Foetus 64 Wochen nach dem normalen Schwangerschaftsende. Tod an acuter Pyaemie.

206. **Cold**, Mehrmonatliche Retention eines Foetus. (Ausgetragen?)

207. **Coldwell**, 26jährige Retention. Hysterostomatotomie, aber vergebliche Extractionsversuche und Tod. Section.

208. **Diessl**, Tod am 50. Tage nach Uterusruptur, Section. Verjauchter Foetus, theilweise in der Uterushöhle, theilweise in der Bauchhöhle. Pyaemie.

209. **Dohrn**, Retention einer im 7. Monate nach Schreck der Mutter abgestorbenen Frucht über das Schwangerschaftsende hinaus.

210. **Fressel**, Placenta praevia im 8. Monate ausgestossen, Foetus 2 Monate später.

211. **Freund**, Extraction eines retinirten abgestorbenen Foetus, der theilweise ex utero in die Harnblase eingetreten war, mit Urethrotomie.

212. **Goetz**, Langdauernde Retention der Frucht, Zerfall. Pyaemie. Tod.

213—215. Nach **Greenhalgh: Weenes, Montgomery, Burdon:** Retention von einigen Wochen bis zu $2^1/_2$ Jahren Dauer.

216. **Grundmann**, Nach Uterusruptur theilweise in die Bauchhöhle ausgetretene 7monatliche Frucht durch planvolle Kunsthilfe per vias naturales entleert nach mehreren Wochen. Genesung. Tod 8 Monate später an Ileus im Anschluss an ein Tanzvergnügen. Section.

217. **Halley**, 4jährige Retention. Jauchende Elimination des Foetus, beendigt durch Pressschwammdilatation und Extraction von 87 Knochen. Genesung.

218. **Hennig: Becker-Laurich**, Extraction einer todten Frucht nach kreuzweisen Muttermundseinschnitten, $15^1/_2$ Monate nach Conception. Stumpfer Haken, da Zangen und Kephalotrypter am vorliegenden Steiss abglitten. Genesung.

219. **A. Herrgott**, Retention einer Frucht infolge Uterusfibroms. Abwarten. Diagnose unsicher, ob nicht Extrauterinschwangerschaft? Bauchschnitt im 11. (?) Schwangerschaftsmonate. Uterinschwangerschaft. Placenta zurückgelassen. Uteruswunde eingenäht in die Bauchwunde. Genesung.

220. **Hertogius**, 13jährige Retention (mit spontaner Elimination?)

221. **Johnson**, Retention und Fäulniss einer nach Sturz gegen Ende der Schwangerschaft hin abgestorbenen Frucht. Frucht und Placenta zu einer Masse verschmolzen. Extraction.

222. **Koch**, Spontane Ausstossung einer todten Frucht 11 Monate nach Conception.

223. **Koczotkow**, Ausstossung der Knochen einer Frucht nach Uterusruptur spontan theilweise per vaginam, theilweise durch Bauchdeckenabscess nach aussen.

224. **Lawrence**, 52jährige Retention eines versteinerten Foetus in utero.

225. **Leopold**, Peritonitis in der Schwangerschaft, Absterben des Kindes, am rechtzeitigen Schwangerschaftsende künstlicher Entbindungsversuch vergeblich, Tod unter Collaps und Muttermundseinschnitten. Tamponade wegen Blutung.

Von **Meissner** erwähnte Fälle:

226. **Nigrosoli**, 2jährige Retention.

227. **Connax**, 5jährige Retention.

228. **Cappeler**, 6jährige Retention.

229. **Housset**, 31jährige Retention.

230. ? 41jährige Retention.

Von **Voigtel** erwähnte Fälle (s. u. Meissner),

231. **Schulz,** 12jährige Retention.
232. Fall von 14jähriger Retention.
233. Fall von 16jähriger Retention.
234. **Blegny,** Fall von 25jähriger Retention.
235. Fall von 26jähriger Retention.
236. **Schulz,** 9jährige Retention.
237. Fall von 14jähriger Retention, sub nekropsia entdeckt.

---

238. **Menzies,** Tod einer Schwangeren mehrere Monate nach dem normalen Schwangerschaftstermin an Peritonitis. Bei Section Retention des Foetus in utero constatirt.
239. **Oldham,** Tod 3 Monate nach vergeblichen Geburtswehen und künstlichen Entbindungsversuchen. Section: Vordere Uteruswand fehlt, sodass die vordere Wand des Fruchtsackes von Bauchhöhlenweichtheilen gebildet wird. (Druckusur der vorderen Uterinwand oder Ruptur?).
240. **Parfenenko,** 1jährige Retention und stückweise Ausstossung eines verjauchten Foetus.
241. **Peucker,** 3jährige Retention des Foetus in utero. (Keine Section).
242. **Prael,** 28jährige Retention. Tod an Kachexie. Section: Wie es scheint Carcinoma cervicis uteri und Ovarialdermoide.
243. **Reimann,** Stückweise Ausstossung einer verjauchten Frucht nach $2^1/_2$jähriger Retention.
244. **Resnikow,** $4^1/_2$jährige Retention einer im 7. Monate abgestorbenen Frucht in utero unter gleichzeitiger Amenorrhoe. Nach Dilatation des Collum uteri mühsame Extraction der Knochen. Genesung.
245. **Rissmann,** 2 Monate nach dem normalen Schwangerschaftsende ein reifes, todtes Kind in Steisslage ausgestossen. Genesung.

246—247. **Rousset,** Von Rousset verlangter Kaiserschnitt bei Retention eines Foetus in utero nach 15monatlicher Schwangerschaft.

248. **Sänger,** Eine Porro-Amputation bei Missed labour infolge multipler Uterusmyome. 1monatliche Retention. Tod an Sepsis.

Strong, Geburt um 26 Tage verzögert durch Uterusmyom.

249. **Schütz,** Künstliche Entbindungsversuche in der 44. Schwangerschaftswoche vergeblich. Hektischer Tod. Section.
250. **Seiler,** 32jährige Retention der Frucht.
251. **Skarland,** 2jährige Retention. Angeblich Carcinoma cervicis uteri, Genesung und neue Schwangerschaft und Entbindung.
252. **Solowjoff,** 72 Knochenstücke entfernt nach 6jähriger Retentio foetus, der die Ausstossung der Placenta vorausgegangen war.
253. **Thoman,** 20monatliche Retention. Tod an Sepsis. Section: Foetus wahrscheinlich in einem Uterusdivertikel retinirt infolge unvollkommener Uterusruptur.
254. **De la Vergne,** Abscess in der Nabelgegend, durch dessen hinterbleibende Fistel sich später die Menses entleerten, entstanden 22 Monate nach einem Unfall in der 30. Schwangerschaftswoche. Entleerung der Kindesknochen durch den Abscess.
255. **Vondörfer,** 11jährige Retention mit zeitweiligem Abgange von Knochen und Jauche aus der Scheide. Tod an Pyaemie. Section.
256. **Stanley Warren,** Kaiserschnitt wegen Missed labour nach vergeblichen Versuchen, 2 Monaten nach Tod der reifen Frucht künstlich die Frühgeburt einzuleiten. Tod am folgenden Tage nach Kaiserschnitt.
257. **Williams,** Bei Nekropsie einer 60—70jährigen Negerin inmitten eines von multiplen Fibroiden durchsetzten verkalkten Uterus eine reife Frucht gefunden.
258. **Ulrich,** Absterben der Frucht nach einem Sturz. Peritonitis, Ascites, Entleerung durch eine Dünndarmfistel in den Mastdarm nach aussen und durch die Scheide. Tod an Tuberkulose.

X. X., 20monatliche Retention eines Foetus in utero. Tod unter septikämischen Erscheinungen. Section.

---

259. **Mangett** } Uebertragung todter Früchte
260. **Lanzellot** }

261. **John.**
80. **Buzzell,** 2jährige tödtliche Retention der Frucht.
81. **Cheston.**
84. **Goth.**
91. **Wageminge.**
93. **Rousset.**
96. **Simpson.**
478. **Gerning,** Uteroabdominoparietalfistel nach Retention der Frucht.
482. **Siegfried,** Uterusruptur, Retention, Ausstossung durch Abcess am Nabel.

C. Retention der Frucht in einem mehr oder weniger rudimentär entwickelten Horne des Uterus bicornis.

20 Beobachtungen.

262. **Camerarius,** 26jährige Retention im rudimentär entwickelten linken Horne eines Uterus bicornis, gefunden bei Section der Leiche einer 94 Jährigen.
224. **Cheston** (siehe Lawrence, Fall 224 dieser Casuistik).
263. **Cheston,** Nach Geburt eines reifen Kindes angeblich Ausstossung der Knochen einer vor 5 Jahren entstandenen Frucht.
264. **Finlay.**
265. **Fritze,** Lithopädion in einem rudimentären Horne des Uterus bicornis.
266. **Griffith,** Fast 2jährige Retention einer Frucht in einem Horne eines Uterus bicornis.
267. **Herrgott,** Intrauterine Verjauchung eines abgestorbenen Foetus.
268. **Jamerson,** Angeblich 12monatliche Retention eiues Foetus und Ausstossung 7 Wochen nach Geburt eines reifen Foetus.
269. **Koeberlé,** Kaiserschnitt bei Schwangerschaft in einem Horne des Uterus bicornis. Genesung.
270. **Das Steinkind von Leinzell,** 46- resp. 51jährige Retention der Frucht in einem Horne eines Uterus bicornis unicollis.

Küstner*, Allgemeine Betrachtungen: 29 Fälle, in denen 22mal innerhalb der ersten 6 Monate Ruptur erfolgte, 3mal Ausgang in Lithopädionbildung, 4 Fälle gelangten zur Operation.

271. **Macdonald*,** Sub diagnosi Uterusfibroid, Operation, Bauchschnitt. Es handelte sich um Amputation eines seit 23 Monaten schwangeren Hornes eines Uterus bicornis, dessen gravide Hälfte irrthümlich für ein Fibrom gehalten worden war.
272. **Galabin,** 3 Monate nach normalem Schwangerschaftstermin ein gravides Horn des Uterus bicornis amputirt. Genesung.

Hopfl, Ausgetragene Schwangerschaft in einem Horne des Uterus bicornis. Heilung durch Operation.

Owen, Schwangerschaft in einem Horn täuschte eine normale Schwangerschaft vor. Extraction eines $6\frac{1}{2}$monatlichen Foetus. Tod 8 Tage post operationem resp. 4 Tage nach dem normalen Schwangerschaftsende.

Remfry, Laparotomie mit Abtragung des seit 6 Monaten schwangeren Uterushornes. Am 8. Tage Platzen der Bauchwandnarbe, am 9. Tage Tod.

Walthard, Semiamputatio uteri gravidi bei Gravidität im rechten Uterushorn. Genesung, später Schwangerschaft im linken Uterushorn.

273. **Mühlbeck,** $14\frac{1}{2}$jährige Retention einer Frucht in einem Nebenhorne des Uterus bicornis; dreibeinige Missgeburt.
274. **de Rossett,** Ausstossung einer 5 Monate alten verjauchten Frucht 41 Tage nach Geburt eines todtgeborenen, ausgetragenen Kindes.
275. **Salin,** 5monatliche Retention einer ausgetragenen Frucht in einem Horne eines Uterus bicornis. Bauchschnitt bei irrthümlicher Diagnose einer Extrauterinschwangerschaft.

276. **Turner**, Ausgetragene Schwangerschaft in einem Horne eines Uterus bicornis.

277. **Werth**, Retention einer ausgetragenen Frucht in dem unvollkommen entwickelten Horne eines Uterus bicornis. Bauchschnitt. Am 3. Tage Tod an Peritonitis.

278. **Wiener**, Retention der reifen Frucht im rudimentären Horn eines Uterus bicornis. Exstirpation des schwangeren Hornes bei präsumptiver Diagnose einer Extrauterinschwangerschaft.

Weil, Spontanruptur des graviden Hornes bei Uterus bicornis im 9. Schwangerschaftsmonate mit tödtlichem Ausgange.

D. Fälle von Missed abortion.

(Die mit * bezeichneten Aufsätze enthalten theoretische Ausführungen allgemeinen Inhaltes.)

260 Beobachtungen.

279. **Abuladze**, Foetus lange (?) im rupturirten Uterus retinirt.

280. **Alessandrini**, 4monatliche Retention einer 5monatlichen Frucht.

281. **Alsario**, 4monatliche Frucht nach dem 9. Monate ausgestossen.

282. **Athill**, 4monatliche Frucht 3 Monate retinirt.

283. **Athill**, 6monatliche Frucht 4 Monate retinirt.

284. **Audebert et Sabrazès**, 9monatliche Retention einer 3monatlichen Placenta.

290. **d'Avanso**, 4monatliche Frucht 5 Monate retinirt.

291. **Backer**, $3^1/_2$monatliches Ei im 9. Monate ausgestossen.

292. **Balin**, 4monatliche Frucht 5 Monate retinirt. (Mehrmals Missed abortion bei derselben Frau.)

293. **Bartlett**, 4monatliche Frucht im 9. Monate ausgestossen.

294. **Barnes**, Knochen eines 3monatlichen Foetus gingen sub abortu incompleto ab, die Placenta aber retinirt wurde erst am normalen Schwangerschaftsende ausgestossen mit dem Reste darin eingebetteter Kindesknochen.

295. **Blanc**, $2^1/_2$monatliche Foetus 6 Monate retinirt.

296. **Blanc**, Angeblich 9monatliche Retention einer 6monatlichen Frucht.

297. **Bompiani**, V-gravida mit submucösem Myom der vorderen Uterinwand, stösst am normalen Schwangerschaftsende einen 9 cm langen Foetus aus. Foetus compressus.

298. **Breus**, 3monatliches Ei 8 Monate retinirt.

299. **Brugnoli**, 3monatlicher Foetus am normalen Schwangerschaftsende ausgestossen. (Zweifel an der Legitimität dieser Schwangerschaft, weil die Ausstossung der 3monatlichen Frucht 4 Monate nach dem Tode des Gatten erfolgte, durch Erkenntniss der Missed abortion behoben.)

300. **Bruno**, Nach 13monatlicher Schwangerschaft Blasenmole ausgestossen.

301. **Budin**, Fleischreste nach 11monatlicher Schwangerschaft künstlich entleert.

302. **Buzzell**, siehe Fall 80.

303. **Cantieri**, XIV-gravida, schwanger seit 7. Juli; Punktion des für eine Ovarialcyste gehaltenen Uterus. Vom 26. December an gingen macerirte Fruchttheile einer 4monatlichen Frucht ab, die etwas über 1 Monat retinirt war, 30. März Placenta.

304. **Chenevière**, Am normalen Schwangerschaftsende nach Sondirung $16^1/_2$ cm lange Frucht ausgestossen.

305. **Chenevière**, Im 8. Monate nach Sondirung 27 cm lange macerirte Frucht ausgestossen.

306. **Chenevière**, $1^1/_2$ cm lange Frucht nach dem normalen Schwangerschaftsende ausgestossen in einem taubeneigrossen Sacke 3 Tage nach Sondirung.

(Diese 3 Fälle stammen aus Schroeder's Klinik.)

307. **Cholmogorow**, 4monatliche Frucht beinahe 7 Monate retinirt.

308. **Cholmogorow**, 3monatliche Frucht 2 Monate retinirt.

309. **Churchill**, 3monatliches Ei 3 Monate retinirt, nach Ergotin ausgestossen.

310. **Clair**, $2^1/_2$monatliches Ei ausgestossen nach der Geburt eines reifen Kindes.

311. **Duncan**, 8monatliche Retention eines frühzeitig abgestorbenen Eies, Extraction künstlich.

312. **Eberhardt**, Mumificirte 3monatliche Frucht 2 Monate (?) retinirt. Extraction nach Laminaria.

313. **Fallis,** Spontane Austreibung eines retinirten Eies.

314. **Field,** Einjährige Retention einer 3monatlichen Frucht. Ausstossung nach Sondirung.

315. **Fruitnight,** 4monatliche Retention einer 2monatlichen Frucht. Spontane Ausstossung.

316. **Galbiati,** 4monatliche Retention einer $2^1/_2$—3monatlichen Frucht. Ausstreibung spontan.

317. **Galbiati,** Ausstreibung einer 3monatlichen Frucht im 9. Monate.

318. **Galbiati,** 5monatliche Retention einer 2monatlichen Frucht.

319. **Gimelle,** 5monatliche Retention einer 4monatlichen Frucht mit dem Schwangerschaftsende entsprechender Placenta. Ausstossung spontan.

320—330. **Graefe*,** 11 eigene Beobachtungen von mehr oder weniger langer Retention frühzeitig abgestorbener Eier (6 mit sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung).

Graseman*, Zahlreiche Fälle von Retention abgestorbener Früchte nicht über 4 Wochen hinaus.

331. **Hay,** In der ersten Schwangerschaftshälfte abgestorbener Foetus bis zum 9. Monat retinirt.

332. **Hintz,** 4monatliche Frucht 7 Monate retinirt.

333. **His,** 2monatliche Retention eines 7 mm langen Foetus. Künstliche Entleerung.

334—336. **Holm,** 3malige Retention des abgestorbenen Foetus bei derselben Frau, zuletzt eine 5monatliche Frucht 4 Monate retinirt.

337. **v. Holst,** 4monatliche Frucht 6 Monate retinirt.

338. **Hutchinson,** Faustgrosse Mole nach 12monatlichem Ausbleiben der Regel ausgestossen.

339. **Jacobson,** 2 Früchte verschiedenen Alters mit 5tägigem Zwischenraume ausgestossen.

340—342. **Jakub:** a) 6monatliche Retention einer 4monatlichen Frucht.
b) 6 „ „ „ 4 „ „
c) 4 „ „ „ 3 „ „

343. **Johns,** 4monatliche Retention einer 6monatlichen Frucht.

344. **Johnston,** 5monatliche Retention einer $3^1/_2$monatlichen Frucht.

345. **Kennedy,** Oberschenkel eines 4monatlichen Foetus extrahirt, der nach vor 1 Jahre stattgehabtem Abort zurückgeblieben war.

346. **Klein*,** Giftwirkung macerirter Foeten.

347. **Kobro,** 8 Monate nach Schwangerschaftsbeginn eine 15 mm lange Frucht ausgestossen.

348. **König,** Angeblich 15monatliche Retention eines frühzeitig abgestorbenen Eies. Spontane Ausstossung.

349. **Krug,** 3monatliche Retention einer 7monatlichen Frucht. Spontane Ausstossung.

350. **Lafont de Contagnet,** 2monatliche Retention einer 7monatlichen Frucht. Spontane Ausstossung.

351. **Lang,** Mumificirte Frucht.

352. **Lavabre,** 5monatliche Retention einer abgestorbenen Frucht.

353. **Leuf,** 10wöchentliche Retention der Placenta nach Abort.

354. **Liebmann,** 5monatliche Frucht 6 Monate retinirt.

355. **Liebmann*,** 7 Monate lang dauernde allmähliche Elimination der Knochen eines 3monatlichen Foetus, Placenta $4^1/_2$ Monate nach Beginn des Abortus ausgestossen.

356—360. **Litthauer,** 5 Fälle von Retention frühzeitig abgestorbener Früchte, u. A. 10monatliche Retention einer 2monatlichen Frucht.

361. **Litschkus,** 7monatliche Retention einer 2monatlichen Frucht.

362—364. **Lomer,** 3 Fruchtsäcke, nach Abgestorbensein der Frucht monatelang retinirt.

365. (**Schütz,** Ausstossung einer $5^1/_2$monatlichen Frucht im 11. Schwangerschaftsmonate.)

366. **Magde,** 7monatliche Retention der 4monatlichen Frucht bei einer Paralytischen.

367. **Massen,** 3monatliche Retention einer 6monatlichen Frucht.

368. (**Fischer,** Retention einer frühzeitig abgestorbenen Frucht bis an das normale Schwangerschaftsende.)

369. **Meinert,** 4monatliche Retention einer $4^1/_2$monatlichen Frucht.

370. **Merklain**, Spontane allmähliche Elimination einzelner Foetalknochen sub menstruatione nach einem Abort.

371. **Merttens**, 5monatlichen Retention einer im 5. Monat abgestorbenen Frucht.

372. **Merttens**, Retention einer 4monatlichen Frucht bis an das normale Schwangerschaftsende, Ausstossung spontan, Placenta 3 Tage später geholt.

373. **Messon**, 3monatliche Retention einer 3monatlichen Frucht. Spontane Ausstossung.

374. **Michael**, Sehr lange Retention eines frühzeitig abgestorbenen Eies.

375. **Mittermaier**, 4monatliche Retention einer 4monatlichen Frucht.

376—389. **Neugebauer:**
a) Ein neues Präparat von missed abortion.
b) Ein neues Präparat von missed abortion.
c) Ein neues Präparat von missed abortion.
d) Ausstossung einer abgestorbenen retinirten Frucht.
e) 3wöchentliche Retention eines 8—9wöchentlichen Foetus.
f) 11tägige Retention eines 7wöchentlichen Foetus.
g) $3^1/_2$monatliche Retention einer $2^1/_2$monatlichen Frucht.
h) Seltenes Präparat von missed abortion bei Zwillingsschwangerschaft.
i) Missed abortion mit Ausstossung heterochroner Zwillingsfrüchte nach längerer Retention.
k) 6 Monate nach der letzten Regel Extraction einer Fleischmole mit 10 bis 11 Wochen alt abgestorbener Frucht.
l) 3wöchentliche Retention einer macerirten 4monatlichen Frucht.
m) 5tägige Retentio placentae nach Geburt eines ausgetragenen Kindes.
n) Placenta 5 Wochen nach 6monatlicher Frühgeburt extrahirt.
o) $4^2/_3$ Monate lange Retentio placentae nach illegitimem Abort im 3. Monate.

Orlow*, 2—3monatliches Ei ein ganzes Jahr in utero verblieben und von Chiari sub nekropsia entdeckt.

390. **Rangé**, 22monatliche Retentio placentae nach 2—3monatlichem Abort.

391. **Jacob**, 7monatliche Retentio placentae nach 4monatlichem Abort.

392. **Latrop**, 5monatliche Retentio placentae nach 2monatlichem Abort.

393. **Vandam**, 6monatliche Retentio placentae.

394. **Jaquet**, $5^1/_2$monatliche Retentio placentae.

395. **Sago**, 4monatliche Retentio placentae.

396. **Lowe**, ? monatliche Retentio placentae.

397. **Fasbender**, 40tägige Retentio placentae bei 5monatlichem Abort.

398. **Koch**, 6monatliche Frucht zu Ende der 48. Woche der Schwangerschaft ausgestossen, also 2 Monate nach dem normalen Schwangerschaftsende.

399. **Depaul**, 11monatliche Retention eines Foetus.

400. **Vaust.**

401. **Billi.**

402. **Smith**, Abgestorbener Foetus bis zum normalen Schwangerschaftsende retinirt.

403. **Krug**, Abgestorbener Foetus bis zum normalen Schwangerschaftsende retinirt.

404. **Balin.**

405. **Massen.**

406. **Orlow**, 1jährige Retention.

407. **Olshausen**, $3^1/_2$monatlicher Foetus 5 Monate retinirt und spontan ausgestossen.

408. **Oui**, 3monatliche Retentio placentae bei 3monatlichem Abort. Operative Entfernung.

409. **d'Outrepont**, 2monatliche Retention einer im 8. Monate abgestorbenen hydrocephalischen Frucht.

410. **Parvin:** a) Geburt einer Fleischmole.

411. b) Am 168. Schwangerschaftstage Geburt eines hühnereigrossen Eies ohne Foetus.

412. c) Ausstossung einer Mole im 6. Monate 3 Monate nach drohendem Abort.

413. **Pelzer**, 19 cm langer Foetus am normalen Schwangerschaftsende ausgestossen.

414. **Pichon:** a) Nach 8monatlicher Schwangerschaft zweifaustgrosse Mole ausgestossen.

415. b) Faustgrosse Mole 1 Jahr nach der letzten Regel ausgestossen.

416. **Pinard,** Retention eines abgestorbenen Foetus.
417. **Polacco:** a) $4^{1}/_{2}$monatliche Retention eines 2,5 cm langen Foetus.
418. b) $2^{1}/_{2}$monatliche Retention eines 4monatlichen Foetus.
419. **Puech,** 6monatliche Retention eines $2^{1}/_{2}$monatlichen Eies.
420. **Raum,** Extraction von 4 Schädelknochen ex utero nach 4monatlichem Aborte vor 2 Monaten.
421. **Reader,** 3monatliche Retentio placentae, spontane Ausstossung.
422. **Repkewitz*,** Geburten macerirter Früchte (?).
423. **Rizzoli,** 2monatliche Retention einer 5monatlichen Frucht, Ausstossung angeregt durch Suction der Brustwarzen.
424. **Rizzoli,** 5,3 cm langer Foetus am normalen Schwangerschaftsende ausgestossen.
425. **Romeling,** Langwährende Retention eines abgestorbenen Foetus (?).
426. **Rosner,** 4monatliche Retention einer 3monatlichen Frucht.
427. **(Braun,** $1^{1}/_{2}$jährige Retention eines 3monatlichen Eies.)
428. **Ross,** Missed abortion.
429—431. **Rossier,** 3 Fälle von missed abortion.
432. **Roth,** 36 Fälle von längerer Zurückhaltung abgestorbener Früchte in utero (?), darunter einmal $5^{1}/_{2}$monatliche Retention einer 4monatlichen Frucht.

(Ruge*, Ueber den Foetus sanguinolentus.)

(Runge*, Einfluss der gesteigerten Temperatur der Mutter auf das Leben der Frucht.)

433. **Schlocker,** Missed abortion.
434. **Schnellenberg,** 5monatliche Retention einer 6monatlichen Frucht.
435. **Schrader,** $5^{1}/_{2}$monatliche Retention einer 6monatlichen Frucht.

Schroeder*, Beobachtungen von Noeggerath, Chamberlain, Peasley und Sołowjoff, wo nach Ausstossung von Placenta und Eihäuten der Foetus allein in utero zurückblieb.

436. **Schroeder:** a) Mehrmonatliche Retention eines abgestorbenen Eies.
437. b) Mole ausgestossen nach 12monatlicher Menostase.
438. **Schroeter,** 4—5wöchentliche Retention einer 8monatlichen Frucht und spontane Ausstossung.
439. **Schwabe,** 3monatliche Retention eines 3monatlichen Foetus.
440. **Schultze,** Poro-Operation wegen Retentio placentae und Sepsis. Genesung.
441. **Semb,** Missed abortion.
442. **Singen,** Abort am Ende des 10. Lunarmonates.
443. **Sinclair,** Missed abortion.
444. **Sjödahl,** 3monatliche Retention einer 4monatlichen Frucht.
445 u. 446. **Skjelderup,** 5monatliche Retention eines 4monatlichen Eies. (Bei derselben Frau wiederholte sich die Retention einer im 4. Monate abgestorbenen Frucht bis an das normale Schwangerschaftsende zweimal.)
447. **Slawjanskij,** Missed abortion.
448. **Smith,** 4monatliche Frucht am normalen Schwangerschaftsende ausgestossen.

(Staeger*, 123 Fälle von Retention abgestorbener Früchte bis zu 6 Wochen lang.)

449—451. **Stein,** 3 Fälle von Retention abgestorbener Früchte in utero.
452. **Stroganoff.**
453. **Thomas,** 3monatliche Retention einer im 6. Schwangerschaftsmonate bei Beckenbruch der Mutter abgestorbenen Frucht (!).
454. **Todd,** 4monatliche Retention einer 3monatlichen Frucht, spontane Ausstossung.
455. **Treub,** Vaginoabdominale Totalexstirpation des Uterus bei Zwillingsabort, Fibrom der hinteren Muttermundslippe und Retentio placentae.
456 u. 457. **Triaire,** 2 Fälle von Retentio placentae nach Abort (Joulin, 40tägige Retentio placentae).
458. **Vassal,** 1monatliche Retention einer 3monatlichen Frucht nach Trauma.

[illegible] **Vaust,** $3^{1}/_{2}$monatliche Retention einer 5monatlichen Frucht, die nach einem Trauma abgestorben war.

459. **Verardini,** Retention der $4^1/_2$ Monate alten Frucht.

460. **Vinay,** Spontane Austreibung einer im 5. Monate abgestorbenen Frucht 3 Monate später nach Verordnung von Natrum salicylicum.

461. **Warner,** Retention des abgestorbenen Foetus.

462. **Watkin,** Retention des abgestrobenen Foetus.

463. **Wegener,** 11monatliche Retention einer $3^1/_2$monatlichen Frucht.

464. **Wychgel,** Ein Fall von retentio placentae.

465. **Young,** Foetalretention.

Zeller*, Allgemeine Betrachtungen über Foetalretention.

Nachtrag zur Gruppe VIII, B.

476. **Bonnet,** Placentarretention.

477. **Szymkowskaja.** 12tägige Placentarretention.

478. **Gerning,** Ausstossung einer verjauchten Frucht durch eine Uteroabdominoparietalfistel.

479. **Fannine A. Groat,** 51tägige Retentio placentae.

480. **Hartmann,** 4wöchentliche Retentio placentae.

481. **Pajot,** Tödtlicher Ausgang einer Placentarretention.

483. **Warnek,** Spontane Ausstossung der 50 Tage retinirten Placenta nach Permanentirrigation.

Nachtrag zur Gruppe VIII, C.

484. **Saenger,** 9wöchentliche Retention der im 7. Monate abgestorbenen Frucht. Bauchschnitt. Genesung.

485. **Schramm,** Retention einer 7monatlichen Frucht. Sectio caesarea. Entstehung einer linken Ureter-Uterusharnfistel. Heilung.

Nachtrag zur Gruppe VIII, D.

486. **Arnstein,** 11monatliche Molenschwangerschaft.

487 u. 488. **Blanc,** 2jährige Retention eines $2^1/_2$monatlichen Foetus und langdauernde Retention eines abgestorbenen Foetus über das normale Schwangerschaftsende hinaus.

489. **Bletz.** Placentarretention bei Abort.

490. **Breus,** Faustgrosses Ei im 11. Schwangerschaftsmonate ausgestossen.

491. **Breus,** Abgestorbenes Ei im 8. Monate ausgestossen.

492. **Chaleix** und **Fieux,** 3monatliches Ei 8 Monate retinirt.

493. **Chaleix** und **Fieux,** 7wöchentliches Ei 3 Monate retinirt.

464. **Chaleix** und **Fieux,** 1monatliche Retention eines frühzeitig abgestorbenen Eies.

495. **Chaput,** 2monatl. Retentio placentae nach Abort.

496. **Chaput,** Tödtliche Sepsis nach Retention eines abgestorbenen Eies.

497—498. **Charles,** 2 Fälle von Fruchtretention.

499. **Cold,** 6monatliche Retention einer 6monatlichen Frucht.

500. **Daucher,** 5wöchentliche Placentarretention mit Abort.

501. **Delage,** 19tägige Placentarretention nach Abort.

502. **Edis,** 3monatliche Placentarretention nach 3monatlichem Abort.

503. **Evans,** Fettige Degeneration der Placenta bei langer Retention der todten Frucht.

504. **Gerbaud,** Placentarretion.

505. **Geyl,** Retention einer todten Frucht.

506. **Hervieux,** 25tägige Placentarretention nach 4monatlichem Abort.

507. **Labbé,** Spontane Ausstossung der Placenta am 21. Tage nach 6monatlichem Abort.

508. **Bouquenod,** 1monatliche Retentio placentae.

509. **Callé,** 6wöchentliche Retentio placentae.

510. **Osiander,** 65tägige Retentio placentae.

511. **Morlanne,** 4monatliche Retentio placentae.
512. **X. X.,** Conception und Geburt trotz Retentio placentae.
513. **Howard,** 1jährige Retentio placentae nach 4monatlichem Abort.
514. **Howlet,** Ueber 12monatliche Retention der abgestorbenen Frucht und seiner Placenta.
515. **Istomin,** Retention einer abgestorbenen Frucht im retroflectirten Uterus.
516. **Kahn,** Tod nach Evacuation des Uterus nach 6monatlicher Retention einer 5monatlichen Frucht.
517. **Koenig,** Retention eines apoplektischen Eies.
518. **Lamadrid,** 22tägige Retentio placentae nach 4monatlichem Abort.
519. **Lancry,** Placentarretention nach Abort.
520. **Legrand,** Tod durch Sublimatvergiftung nach Irrigation des Uterus wegen Placentarretention nach Zwillingsgeburt.
521. **Saint-Mandé,** Placentarretention nach Abort.
522. **Saint-Marc,** Spontane Ausstossung der retinirten Placenta am 3. Tage.
523. **Massen,** Ausstossung eines Abortiveies am normalen Schwangerschaftstermine.
524. **Neugebauer,** 5wöchentliches Ei nach 3monatlicher Schwangerschaft ausgestossen.
525. **Pajot,** Placentarretention.
526—527. **Polacco,** 2 Fälle von Fruchtretention.
528. **Rangé,** 20monatliche Retentio placentae nach 3monatlichem Abort.
529—531. **Remy,** 3 Fälle partieller Retention des Eies.
532. **Richmond,** 3monatliche Retention der Placenta nach 2monatlichem Abort.
533. **Schoeller,** 11wöchentliche Retentio placentae.
534. **Metz,** $2^1/_2$monatliche Retentio placentae.
535. **Prost,** 103tägige Retention der Placenta.
536. **Plasse,** 105tägige Retention der Placenta.
537. **Reichmann,** 91tägige Retention der Placenta.
538. **Hecking,** $4^1/_2$monatliche Retention der Placenta.
539. **Roosenberg,** Vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen Putrescenz der retinirten Placenta.
540. **Schlocker,** 3monatliche Retention eines 2monatlichen Eies.
541. **Schroeter,** Blasenmole neben gut entwickeltem Ei.
542—245. **Sinclair,** 4 Fälle von Missed abortion.
546. **Siredey,** Partielle Placentarretention.
547—548. **Triaire,** Placentarretention nach Abort.
549. **Truffet,** Spontane Ausstossung der Placenta am 41. Tage post partum nach antiseptischen Spülungen.
550. **X. X.,** Ausbrechen eines 4monatlichen Foetus und der Placenta in der zweiten Schwangerschaftshälfte nach „gelbem Fieber". Tod am nächsten Tage. Es fand sich eine Communicationsöffnung von 4 Zoll Breite zwischen Uterovaginalkanal und Darm.

Arch. de Tocolog. 1871, p. 628: Rétention d'un foetus mort pendant plus de deux mois. Avortement. Suites favorables. Ausstossung einer knapp 4monatlichen Frucht im 7. Schwangerschaftsmonate bei einer 24jährigen III-gravida. 18 cm langer macerirter Foetus mit blutloser Nabelschnur und Placenta. Keinerlei Zersetzungserscheinungen.

3-55

36 Neuere Beobachtungen von übermässig langer Schwangerschaftsdauer.

1. **Acker**, Uebertragene Schwangerschaft.
2. **Barnouw**, 311tägige Schwangerschaft.
3. **Bensinger**, Fall von 11monatlicher Gravidität.
4. **Blake**, 323tägige Schwangerschaft.
5. **Cordes**, Ueberlange Schwangerschaftsdauer.
6. **Fitzgerald**, 409tägige Schwangerschaft.
7. **Harris**, 325tägige Schwangerschaft.
8. **Hayes**, 389tägige Schwangerschaft.
9. **Hirst**, Verlängerte Schwangerschaft.
10. **Jaffé**, 309tägige Schwangerschaft.
11. **James**, Ueberlange Schwangerschaft.
12. **Jardine**, Extraction eines übergrossen todten Kindes am 304. Schwangerschaftstage.
13. **Königsfeld**, Geburt am 343. Tage nach Empfängniss.
14. **Kouwer**, Partus serotinus.
15. **Krüche**, 330tägige Schwangerschaft.
16. **Lomer**, 3 Wochen übertragene Schwangerschaft.
17. **Loviot**, Entbindung 307 Tage nach der letzten Regel.
18. **Lutz**, Extraction eines übergrossen todten Kindes am 308. Schwangerschaftstage.
19. **Mackenzie**, Uebertragene Schwangerschaft.
20. **Ingleby-Mackenzie**, Ueber verlängerte Schwangerschaftsdauer.
21. **Mans**, Entbindung am 334. Tage nach der letzten Regel.
22. **Moker**, 305tägige Schwangerschaft.
23. **Müller**, Ueber unendlich verlängerte Schwangerschaft.
24. **Neugebauer**, Spätgeburt eines 14 Pfund schweren Kindes.
25. **Neugebauer (sen.)**, Geburt eines 18 Pfund schweren Kindes.
26. **Parvin**, Verlängerte Schwangerschaft.
27. **Queirel**, 305tägige Schwangerschaft.
28. **Ross**, Zangenentbindung am 311. Schwangerschaftstage.
29. **Sprenkel**, Verlängerte Schwangerschaft.
30. **Stuart**, Entbindung am 323. Schwangerschaftstage.
31. **Stuart**, Verlängerte Schwangerschaft.
32. **Tavish**, Verlängerte Schwangerschaft.
33. **Wigodsky**, Zangenextraction eines lebenden Anencephalus nach 11monatlicher Schwangerschaft.
34. **Weihl**, Spätgeburt am 330. Tage.
35. **Wilson**, Verlängerte Schwangerschaft.
36. **Thomson**, Geburt am 301. Tage nach der letzten Cohabitation, am 317. Tage nach der letzten Regel.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.